



PHOTOS BY ANDREY AKA DONUT190

СДЕЛАЙ

Подписная
научно-
популярная
серия

3'94

июль —
сентябрь



Москва
Издательство
«Знание»
1994

САМА

В. А. Волков

ЭЛЕКТРИК
В ДОМЕ.
ИНСТРУМЕНТ

И. С. Сыромятникова

СДЕЛАЙ СЕБЯ
САМА

Н. Н. Логинова

БЛЮДА
ИЗ ЧЕРСТВОГО
ХЛЕБА



СДЕЛАЙ САМ

Новое
в жизни,
науке,
технике

Подписная
научно-популярная
серия

3/1994

Июль—сентябрь

Издается с 1989 г.

Москва
Издательство
«Знание»
1994

В.А.Волков
ЭЛЕКТРИК В ДОМЕ.
ИНСТРУМЕНТ

И.С. Сыромятникова
СДЕЛАЙ СЕБЯ САМА

Н.Н.Логинова
БЛЮДА
ИЗ ЧЕРСТВОГО ХЛЕБА

КРОМЕ ТОГО, ЧИТАЙТЕ В НОМЕРЕ:
КАК САМОМУ СДЕЛАТЬ ТОКАРНЫЙ СТАНОК

АРТЕЗИАНСКАЯ СКВАЖИНА
НА ПРИУСАДЕБНОМ УЧАСТКЕ

ЭЛЕКТРОЛАМПА МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ДОЛГО

РЕМОНТ КУЗОВА АВТОМОБИЛЯ
С ПОМОЩЬЮ СТЕКЛОПЛАСТИКА

РАЗНООБРАЗНЫЕ СОВЕТЫ,
ПРИСЛАННЫЕ ЧИТАТЕЛЯМИ В РУБРИКЕ
«ОТВЕТ ПОЛУЧЕН»

ББК 32.94-5
К 21

РЕДКОЛЛЕГИЯ
работает
на общественных
началах

СОДЕРЖАНИЕ

- В.А. Волков. Электрик в доме. Инструмент 3
И.С. Сыромятникова. Сделай себя сама 42
Н.Н. Логинова. Блюда из черствого хлеба 57

Советы, идеи, рецепты

- В.В. Попов. Как самому сделать токарный станок 84
В.В. Ильин. Артезианская скважина на приусадебном участке 94
В.И. Ильин. Электролампа может служить долго 118
В.Н. Афанасьев. Ремонт кузова автомобиля с помощью стеклопластика 119

Ответ получен 123

Ждем ответ 140

- Волков В.А.
К21 Электрик в доме. Инструмент/ В.А. Волков. Сделай
себя сама/ И.С. Сыромятникова. Блюда из черствого
хлеба/ Н.Н. Логинова. — М.: Знание, 1994. — 144 с. —
(Новое в жизни, науке, технике. Сер. «Сделай сам»,
№ 3).

ISBN 5-07-002637-2

В выпуске рассказывается о том, как устранить те или иные неполадки в домашней электросети вплоть до счетчика, даются малоизвестные сведения об очень известных инструментах, используемых электриком.

Прочитав вторую статью, вы узнаете многие секреты косметики, приготавливаемой на основе природных материалов.

Третья статья расскажет о рецептуре различных блюд из черствого хлеба.

3404000000

ББК 32.279

ISBN 5-07-002637-2

© Издательство «Знание», 1994 г.

РУКОПИСИ
НЕ РЕЦЕНЗИРУЮТСЯ
И НЕ ВОЗВРАЩАЮТСЯ

Валентин Александрович
Волков
ЭЛЕКТРИК В ДОМЕ.
ИНСТРУМЕНТ

Ирина Сергеевна
Сыромятникова
СДЕЛАЙ СЕБЯ САМА

Наталья Николаевна
Логинова
БЛЮДА ИЗ ЧЕРСТВОГО
ХЛЕБА

Главный редактор
З.М.Каримова
Ст. научный редактор
В.В.Маркин
Редактор
О.Г.Жукова
Мл.редактор
М.А.Долинская
Худож. редактор
М.А.Бабичева
Художники
А.А.Смирнов,
Б.В.Грошиков
Техн.редактор
Т.В.Луговская
Корректор
В.В.Каночкина

Подписано к печати
с оригинал-макета 09.08.94.
Формат бумаги 70×100 1/16.
Бумага тип. № 2.
Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 11,70.
Усл.-кр. отт. 23,72.
Уч.-изд. л. 13,67.
Тираж 110500 экз.
Заказ 3058.
Издательство «Знание»,
101835, ГСП, Москва,
Центр, проезд Серова, д. 4.
Индекс заказа 944903.
Ордена Трудового Красного
Знамени Чеховский
полиграфический комбинат
Министерства печати
и информации.
142300, г. Чехов
Московской области

Откуда приходит электроток?

Прометей: Огонь я дал несчастным людям... Да, многим он искусствам их научит.
Эсхил. «Прометей»

Диапазон воздействий домашнего электрика возможен только в пределах электропроводки до счетчика. Ремонт допустим только при отсутствии тока в проводке. Встреча с током угрожает неумехе смертью!

Большинство людей не представляет, как от электростанции ток попадает в их счетчик. А это необходимо знать как с точки зрения техники безопасности, так и по бытовым причинам. Квартиры на одной лестничной площадке многоэтажного дома, например, получают электропитание по разным проводам. Поэтому в одной квартире свет есть, в другой — нет. То же возникает и в рядом расположенных сельских домах.

Рассмотрим схему передачи (рис. 1). Генераторы — производители тока. Их монтируют на электростанции. Вращение генераторов осуществляют вода, пар или другие виды «сил». Напряжение тока, которое выдают генераторы или генератор, лежит в интервале от 3000 до 24 000 В. Условное обозначение напряжения — В, а 1000 В — 1 кВ. Мощность генератора — определитель того или иного напряжения.

Повышающие трансформаторы расположены рядом с электростанцией. Они поднимают напряжение тока, созданное генераторами, до 110 000 В, 500 000 В. Это обеспечит меньшие потери энергии в проводах воздушных линий.

Громадное напряжение в месте использования тока понижают дважды. Первая группа трансформаторов убавляет напряжение до 6000...20 000 В, вторая — до 400 В.

Наступило время напомнить о понятиях «фаза» и «земля». Многое в объяснении будет условно. Но без этого не станет ясным, как соединены генераторы, трансформаторы, вводы в дом или квартиру. Мы в быту привыкли иметь дело со шнурами, имеющими два проводника. Бра, настольные лампы, телевизоры и т.п. обладают такими шнурами с вилками для включения в розетку.

Фаза — это электроток, текущий по одному проводнику шнура. Совершив работу в радиоприемнике, электролампочке

В.А.Волков

ЭЛЕКТРИК В ДОМЕ. ИНСТРУМЕНТ

и т.п., ток возвращается по второму проводнику шнура в «землю». Напряжение тока, которое движет наши бытовые приборы, приблизительно равно 220 В. Трансформаторы помогли получить 400 В. Как же возникает 220 В?

Генераторы электростанции (рис. 1) вырабатывают трехфазный ток. Он «течет» по трем солидного сечения проводникам к повышающим трансформаторам. Ток громадно возросшего напряжения от этих трансформаторов по ВЛ (так называют воздушные линии) мчится на дальние расстояния снова по трем проводникам. Четыре-пять проводников возникают лишь после последнего трансформатора.

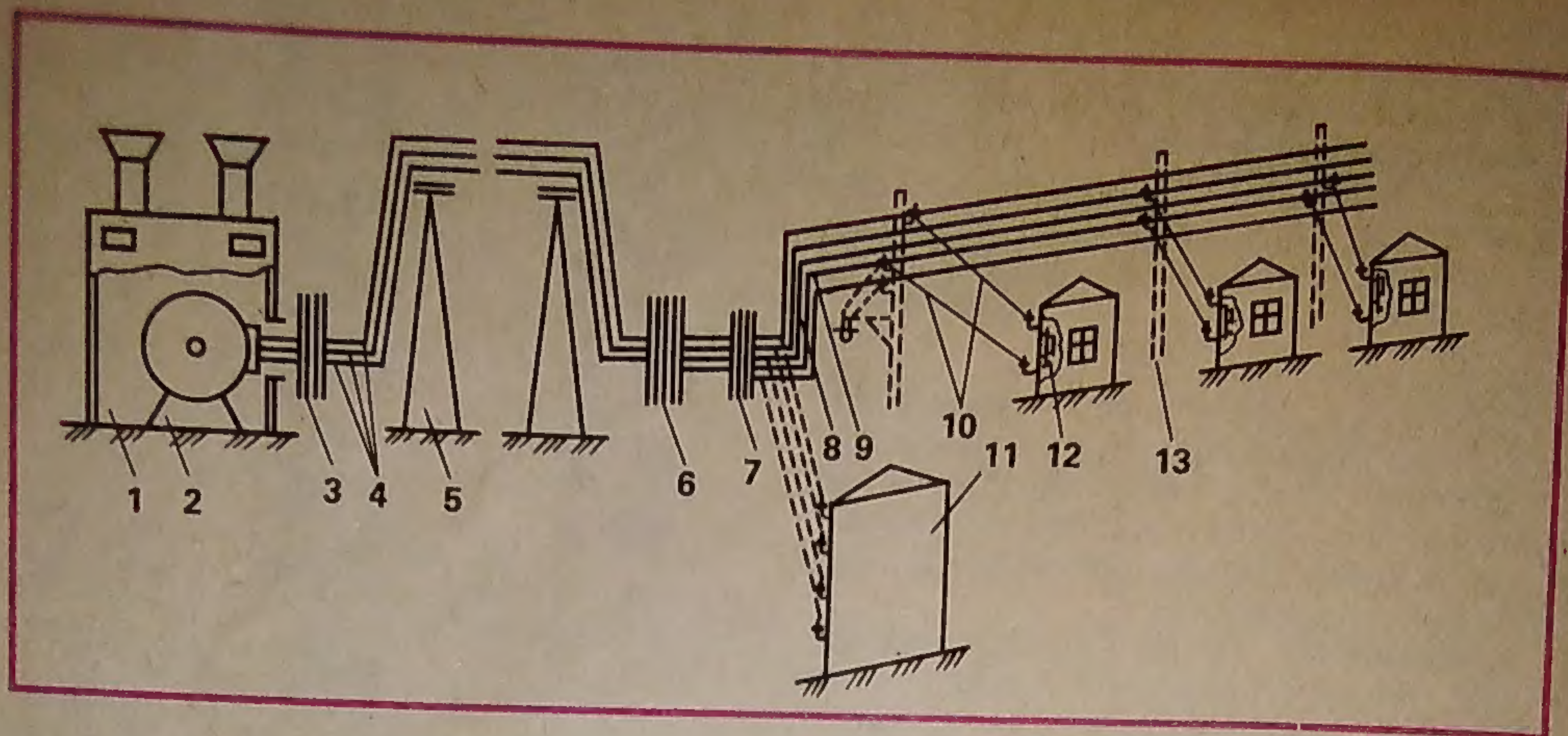


Рис. 1. Схема передачи электротока от электростанции к домику на садовом участке: 1 — электростанция; 2 — генератор электротока; 3 — повышающий напряжение трансформатор; 4 — фазы высоковольтного тока; 5 — опора высоковольтной воздушной линии (ВЛ); 6 — понижающий высоковольтное напряжение трансформатор; 7 — понижающий напряжение до 400 В трансформатор (ТП); 8 — провод «земли» (ноля); 9 — фаза тока освещения; 10 — ответвления проводов к домику; 11 — насосная; 12 — щиток со счетчиком и предохранителями; 13 — опора воздушной линии (ВЛ)

«Земля» и осветительный провод дополнили три фазных провода.

Пять проводов на столбах-опорах видны в сельской местности, скажем, на садовых участках. Два провода от столба протянуты к каждому домику на участках. Один из этих проводов — фаза с током, второй — земля. Напряжение в 220 В функционирует в электропроводке домика. Но на садовых участках бывает и помещение, в котором установлены электродвигатели. Они приводят во вращение насосы, подающие воду. Четыре провода от столба идут к насосной: три фазных провода и земля.

Вольтметр — это прибор для определения величины напряжения. Если его зажимы приложить к двум фазным проводам, то стрелка укажет напряжение в интервале 370... 390...400 В. Электродвигатели вращает это напряжение. Условно между фазами считают, что напряжение равно 380 В. Разница между 380 В и 400 В уходит на различные потери.

Фазные провода, как правило, на столбах располагают выше всего с точки зрения техники безопасности. Провод земли прикрепляют к изолятору ниже. Осветительный фонарный провод — первый или второй на столбе со стороны тротуара

или проезжей части. Светильник на столбе с «земляным» и фонарным проводами соединен у изоляторов.

Осветительный провод — тоже фазный провод с известным количеством электролампочек. Нагрузка этого провода, следовательно, известна. Нагрузка электрическая активная. Активная нагрузка характеризует энергию, расходуемую в цепи (на механическую работу, теплоту и т.д.), и выражается в ваттах (Вт).

Три верхних (поближе к небу) фазных провода на столбе, однако, со сравнительно неопределенной нагрузкой. Чтобы в какой-то степени уравнивать нагрузки на каждом проводе, отводы к садовым домикам, например, чередуют (рис. 1). Так отвод от самого верхнего фазного провода направляют в домик, стоящий рядом. Отвод от среднего, второго, фазного провода соединяют со следующим домиком. Третий фазный провод контактируют еще с одним домиком. Второй провод для каждого домика будут вести от одного и того же провода «земли» на столбе. Четвертый домик на садовой улице снова свяжем с самым верхним фазным проводом...

Рассмотрим конкретный пример. Между столбами-опорами на деревенской улице или в коллективном садоводческом товариществе протянуты электропровода. Токонесущие вводы протянуты от этих проводов в дома. Электропровода и вводы между столбами-опорами до стены и крыши дома, как правило, лишены изоляции. Когда этих наружных, проведенных по воздуху, проводов касается «предмет», то электроток в той или иной мере пойдет по нему.

Техника безопасности запрещает даже кратковременный контакт с этими прово-

дами человека через какую-либо вещь. Однако вершины деревьев, ветви постоянно или периодически при ветре «гладят» провода, когда рядом произрастают. И тут в действие вступает еще одно запрещение.

Ветви и стволы деревьев во влажном, по поверхности, состоянии — проводники для электротока и в 220...380 В. Человеч, находящийся на земле рядом с деревом или на нем, бывает поражен электротоком. Что же делать, если хозяин садового участка или усадьбы получит предписание? Энергосбыт потребует в нем «укорочения на голову» дерева или деревьев, растущих под проводами. Конечно, на период спиливания никто электроток не выключит. Выход — в выборе ситуации.

Ясный, безветренный, сухой день способствует «операции». Когда речь идет о спиливании дерева, то в первую очередь обламывают или спиливают ветви в непосредственной близости к проводам. Это делают в резиновых перчатках и с сухой лестницы или находясь на самом дереве. Обувь надевайте обязательно на резиновой подошве. Кеды, но отнюдь не кроссовки скорее противостоят скольжению.

Совсем не просто так совершить пропил, чтобы ветви или ствол дерева не изуродовали работающего. Ветвь подчас бывает солиднее иного ствола дерева. Два главных правила следует соблюдать при отпиливании крупных веток стоящего дерева: 1) никому не стоять под отпиливаемой веткой; 2) пропил совершать сверху.

Веревка, заранее привязанная к ветке, обеспечит менее глубокий пропил. Однако этот пропил захватывает обычно 2/3 диаметра ветки. Тянувший или тянущие за веревку должны стоять не под веткой дерева на корнях. И конечно, отпиливающий не сидит на том самом же суку...

Когда укорочение ветвей происходит весной, не нужно забывать о достоинствах берез. Из напитков что вкуснее березового сока? Поэтому весной с березы не следует срезать более двух ветвей. Это делают так, чтобы удобно было подставить или повесить под рану или ранки посуду.

Столбы-опоры электротехнического назначения есть в каждом городе. Провода, однако, на них в большинстве случаев не заметишь. Столбы венчают светильники. Проводка к светильникам — по полой сердцевине столбов. Как же электроток проникает к столбам и домам? Ответ краток — по кабелям, проложенным в земле

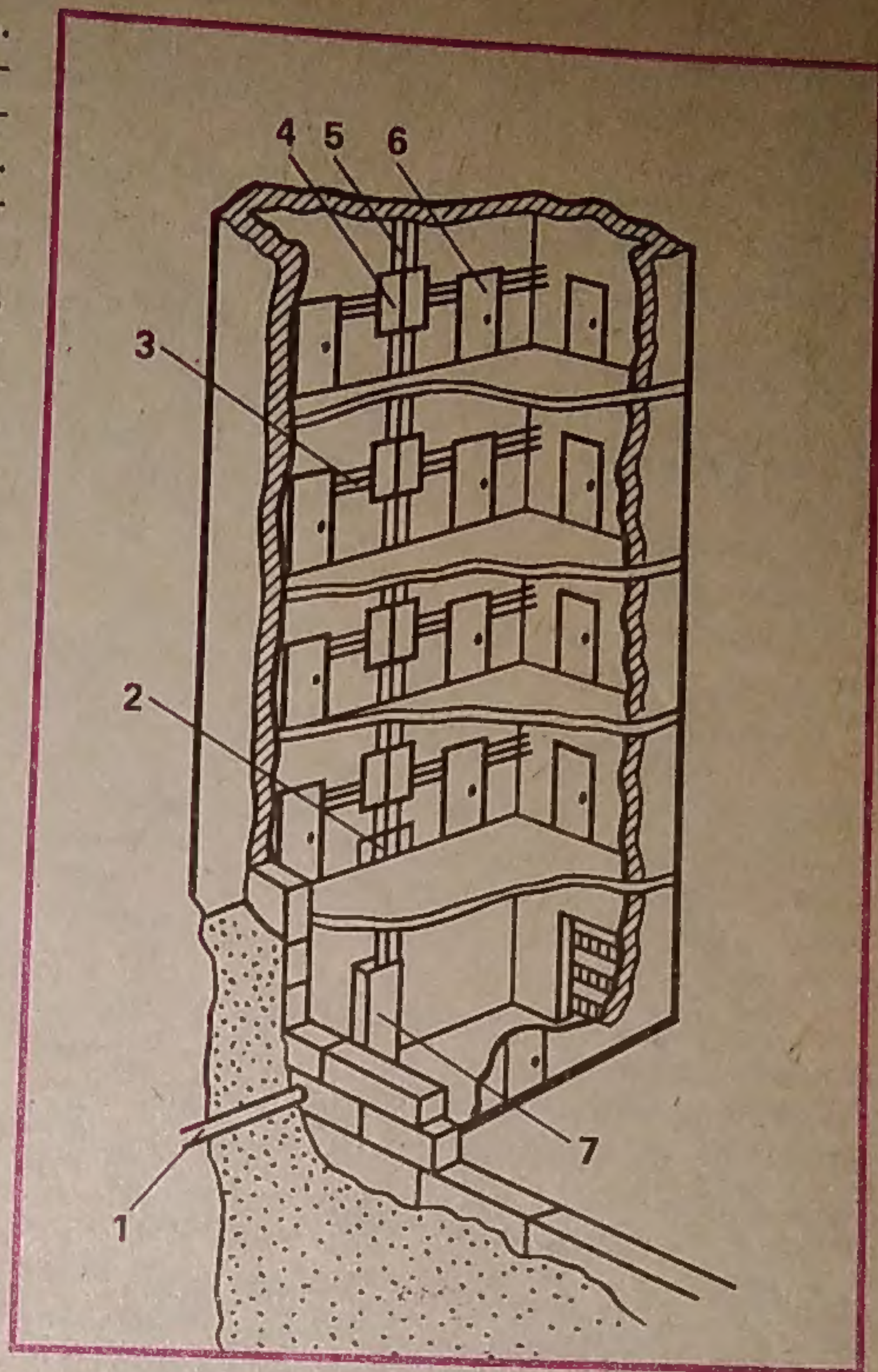


Рис. 2. Схема электропроводки многоэтажного дома современной постройки: 1 — подземный ввод кабеля с электротоком в дом; 2 — автоматический выключатель стояка; 3 — ввод электропроводки в квартиру; 4 — щиток; 5 — стояк электропроводки; 6 — дверь в квартиру; 7 — металлический шкаф с электроаппаратами

под асфальтом или другими видами покрытия.

Ввод кабеля в дом осуществляют обычно через трубу из непроводящего ток материала (асбоцемент, пластмасса и т.п.). Отверстие для трубы в стене или фундаменте (рис. 2) оставляют при строительстве дома или пробивают. Щели между трубой и отверстием, а также трубой и кабелем герметизируют набивкой, цементом против проникновения влаги. Ввод кабеля в многоэтажный дом, как правило, устроен ниже уровня грунта и его покрытия.

Дома давней постройки в подвале имеют щитовую. Входная дверь в нее обита кровельной сталью. Надписи и рисунки на двери предупреждают об опасности. Замок двери подвластен лишь электромонтерам. Металлические шкафы закрывают одну из стен помещения. Одну сте-

ну! Чтобы электромонтер нечаянно не уперся спиной в аппаратуру открытого шкафа.

Кабель ввода входит в металлический шкаф с тыльной стороны. Счетчик трехфазного тока, рубильник, трансформаторы тока, автоматические выключатели смонтированы внутри шкафа. Отверстия на лицевой панели шкафа позволяют пропустить через них рукоятки перечисленных аппаратов. Специальное смотровое окно — для снятия показаний со шкалы счетчика.

Жилы кабеля подсоединяют к рубильнику со стороны ножей. Концы жил другого кабеля или провода зажимают в контактах неподвижных губок. Это обеспечивает возможность разрыва цепи и прекращения подачи электротока при необходимости. Внутренний кабель ведут к счетчику и от него к автоматическим выключателям.

Каждый автоматический выключатель «отвечает» за подъезд дома. Стояк электропроводки в подъезде пронизывает все этажи дома в районе лестничных площадок. Провода стояка и ответвления к квартирам спрятаны для сохранности в толще стены. Начало стояка — на контактах автоматического выключателя. Три проводника с тремя фазами коммутирует, то есть замыкает и размыкает, выключатель. Размыкание — при перегрузке автоматическое, или принудительное за рукоятку, скажем, при ремонте цепи. Провод «земли» стояка проложен помимо автоматического выключателя.

Щиток электроаппаратов есть на стене лестничной площадки каждого этажа подъезда. Дверки щитка закрывают доступ к проводке стояка. Квартиры «древних» домов по дате постройки получали от щита два провода: фазу и «землю». Счетчик и предохранители квартиры монтировали внутри нее, у выходной двери. Это имело свои минусы и плюсы. Предохранители были и за дверкой щитка. Их ставили на ответвлениях фазных проводов к квартирам от стояка. Своеобразная форма предохранителя придала ему название «лягушка».

Минусы состояли в том, что такое расположение счетчика вело к злоупотреблениям, к скрытию подчас действительного расхода электроэнергии. Хозяин или хозяева квартиры обязаны были обслуживать электропроводку, начиная со счетчика.

Основной плюс заключался в целостности счетчика и предохранителей. Их состоя-

ние зависело только от владельцев квартиры и естественного износа.

Многоэтажные дома современной постройки имеют несколько иную установку электроаппаратов. Щитовая обычно на первом этаже среднего подъезда. Если это дом, скажем, шестнадцатиэтажный одноподъездный, то щитовая прямо в вестибюле подъезда. Помещения под щитовую не всегда выделяют. Металлические шкафы монтируют открыто где-нибудь в тупичке, но они, конечно, закрыты для любопытствующих (рис. 2).

Автоматический выключатель стояка в подъезде ставят на первом этаже в специальной нише за металлической дверцей. Стояк имеет выходы через щитки на стенах лестничных площадок.

Квартирный щиток здесь переполнен аппаратами и рассчитан на все квартиры, выходящие на лестничную площадку (рис. 2). Счетчики помещают за отдельной не всегда, увы, закрытой дверцей. Вот одна из причин их исчезновения. Смотровые окна, понятно, есть в дверце щита для снятия показаний счетчиков.

Отдельный отсек щита «посвящен» аппаратам защиты от перегрузок и коротких замыканий. Три выключателя управляют энергоснабжением каждой квартиры. Пакетный или автоматический выключатель позволяет сразу отключить розеточную и осветительную электролинии в квартире. Однофазные автоматические выключатели при этом смонтированы на арматуре щита и стоят на названных линиях. Проводка линий в квартиру, следовательно, начинается со щита на стене лестничной площадки. Электрики, обслуживающие дом, обязаны, не входя в квартиру, обеспечить подачу к ней электротока.

Выбор и замена электроламп накаливания

Ять: «...Знаете, чего не хватает для полного торжества? Электрического освещения!» Жигалов: «...А по моему взгляду, электрическое освещение — одно только жульничество... Всунут туда уголек...»
А.П.Чехов, «Свадьба»

В городах примерно 80% населения живет в отдельных квартирах, в деревнях абсолютное большинство имеет отдельные дома, то же — на садовых участках. В среднем на человека внутри квартиры расходуется 280 кВт·ч электроэнергии в год на освещение и бытовые приборы. На семью в квартире с электрической

Рис. 3.
Ющее
допуск
контакт
ремьч
провод

плитой
кВт·ч.

Как
потреб
бессмы
няется
сотен и
ной.

Дос
1 час
одной э
освеще
течение

Выбо
горения
каком-л
ны выбо
обязате
кировки
вах лам
размера
му? Да
ровку —
своих гла

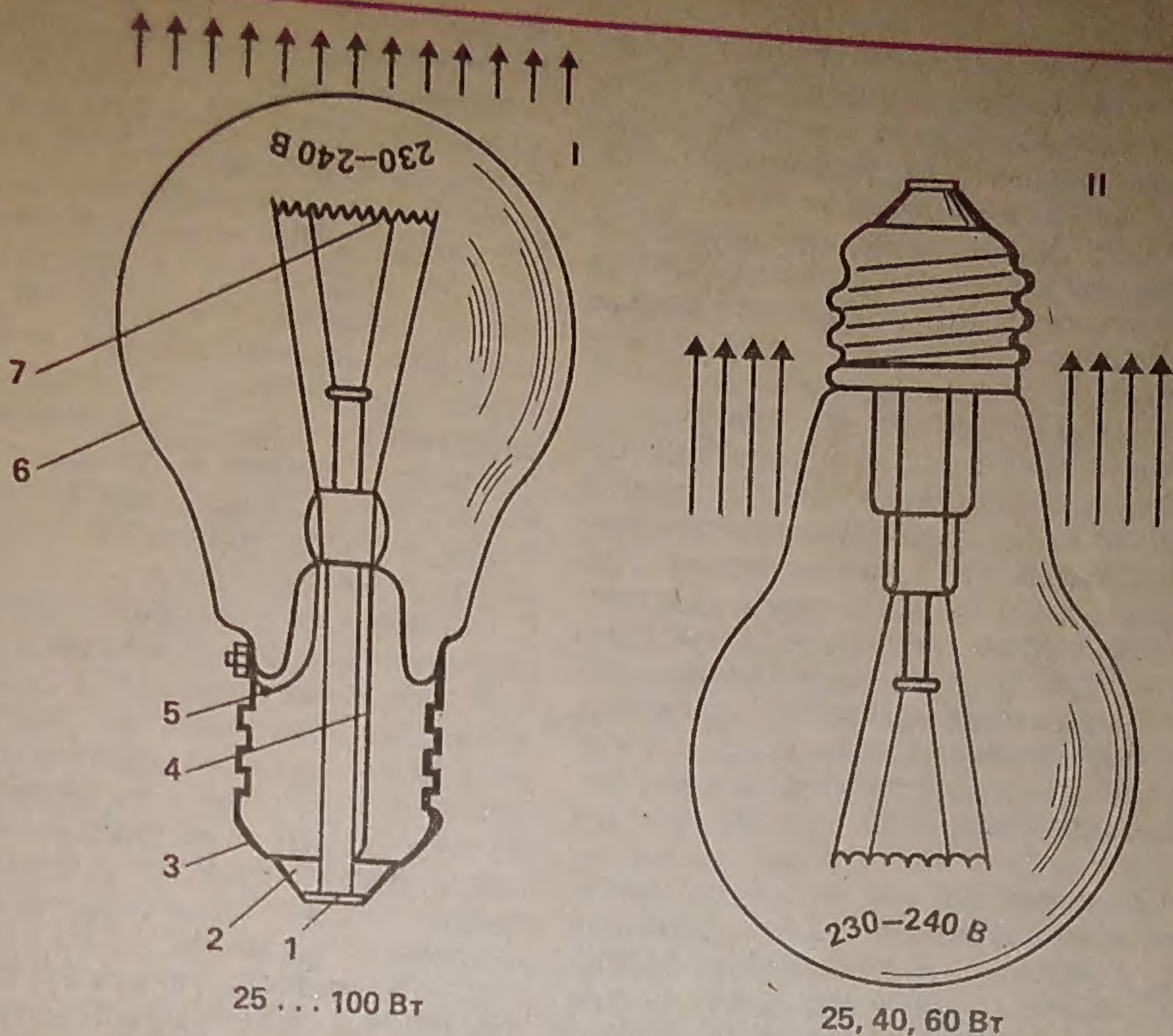


Рис. 3. Электролампочка: I — положение, допускающее мощность до 100...150 Вт; II — положение, допускающее мощность до 60 Вт; 1 — торцовый контакт цоколя; 2 — кольцевая изоляционная перемычка; 3 — боковой контакт цоколя; 4, 5 — проводники; 6 — колба; 7 — спираль (нить)

плитой эта величина возрастает до 900 кВт.ч.

Как показали исследования, до 20% потребляемой жильцами электроэнергии бессмысленно пропадает. Каждый наклонится за монетой на тротуаре, а потеря сотен и тысяч рублей остается незамеченной.

Достаточно в г. Москве хотя бы на 1 час в каждой квартире выключить по одной электролампочке, и этого хватит на освещение целого небольшого городка в течение суток.

Выбор электролампы. В случае перегорания электролампы в светильнике в каком-либо месте квартиры для ее замены выбор лампы из имеющихся должен обязательно начинаться с проверки маркировки. Нельзя догадываться о качествах лампы по габаритам колбы, форме и размерам нити накаливания и т.п. Почему? Да потому, что не проверить маркировку — значит, рисковать целостностью своих глаз, лица, рук.

Маркировку на современные отечественные лампы не типа «Миньон» наносят кругообразно (рис.3) по куполу колбы так: «125—135 В 25 Вт I—81; 230—240 В 100 Вт I—87». Надпись может быть и в три строчки:

25 Вт
230—240 В или 127 II 71
III 85

Цифры с буквами «В» определяют напряжение электротока в проводах вашей квартиры. Домов с напряжением в 127 В остается все меньше, но они есть и в Москве. Поэтому в магазинах обычно продаются электролампы на 127 В и на 220 В, и их могут перепутать при продаже. Кроме того, в квартирах, которые за последние годы были переведены с напряжения 127 В на напряжение 220 В, могут сохраниться лампы на 127 В и т.п.

У лампы на 127 В, вкрученной в патрон, к которому подано напряжение 220 В, может не просто перегореть нить накаливания. Часто сама колба взрывается и рассыпается на мелкие осколки.

Для выбора ламп в магазине воспользуйтесь рекомендациями заводов-изготовителей. Вы их никогда не увидите, потому что в упакованную 10 лампами коробку на заводе вкладывают всего одну инст-

рукцию. А кто покупает сразу коробку ламп? В инструкции сказано: «Если вам приходится менять лампы чаще одного раза в год, значит, у вас в квартире повышенное или нестабильное напряжение».

Действительно, особенно в осенне-зимний период года с 7 до 9 и с 17.00 до 21.00 в будние дни наибольший расход электроэнергии. Электростанции не в состоянии справиться с пиковой нагрузкой, и напряжение падает. Это приводит к порче ламп, и они уже не в состоянии светить положенные 1000 часов. Поэтому в указанные часы старайтесь до минимума свести потребление электроэнергии. Для примера, с утра не обязательно как проснулся, так сразу «врубить» телевизор в комнате, трехпрограммный радиоприемник на кухне, который вообще принято не выключать ни днем, ни ночью, да ко всему еще вспыхивает свет во всей квартире, чтобы сподручнее было передвигаться в спешке.

В Германии можно увидеть плакаты: «Когда выключаете напрасно горящую электролампочку, вы тем самым одновременно зажигаете огонь, но только в нужном месте». Жителю Германии вообще трудно понять, для чего в комнате свет, если в ней отсутствуют...

Обычно в не пиковые периоды напряжение в проводах нашей квартиры, как и в электросети, выше чем 127 В или 220 В. Поэтому в заводских инструкциях и сказано: «При нормальном напряжении сети применяйте лампы с маркировкой 215—225 В, 125—135 В, 220—230 В. Если эти лампы... часто перегорают, покупайте лампы с маркировкой 235—245 В. «Должно быть понятно, что лампы с маркировкой 125—135 В только для электросети в 127 В».

«Если лампы накаливания служат более двух лет, значит, они горят с недокалом и их эксплуатация не эффективна. В этом случае применяйте лампы, рассчитанные на более низкое напряжение». Имеется в виду, что если колебания напряжения в сети достигают 220—230 В, но вкручена электролампа с маркировкой 235—245 В, то ее нить будет нагреваться до более низкой температуры, что приведет к меньшей СВЕТОВОЙ ОТДАЧЕ.

Здесь следует подойти к объяснению второго важнейшего параметра в маркировке лампы — МОЩНОСТИ. Она измеряется в ваттах, или сокращенно в Вт. Чем большее число Вт обозначено на куполе колбы, тем большая у лампы должна быть световая отдача, т.е. тем ярче она

должна гореть. Так оно и будет, если в сети напряжение в пределах, указанных в маркировке лампы. А если лампу с маркировкой «220—230 В 100 Вт» использовать в электросети со 127 В, то ее световая отдача будет примерно равна лампе «125—135 В 40 Вт» из-за недогрева нити. Иногда так делают в труднодоступных местах, и лампа служит не 1000 часов, а в 2—3 раза больше. Однако в доступных местах применение ламп с завышенным расчетным напряжением вызывает необходимость выбирать лампы с большей мощностью. А в магазинах можно лишь найти лампы такой мощности: 25 Вт, 40 Вт, 60 Вт, 75 Вт, 100 Вт.

Какими же факторами следует руководствоваться для установки лампы в том или ином месте квартиры? Бывает просят: «Вкрутите любую!» Это неверно, ибо и сама лампочка и ее эксплуатация обойдутся дорого. Возьму для примера туалет, потому что его размеры в многоэтажных домах практически не менялись за последние 100 лет. Если стены его побелены и нижняя часть стен выложена белой плиткой, то достаточно и 25 Вт. Но если лампочку и плафон не вытирать от пыли, то потребуется уже 40 Вт. Завесьте стены фотографиями, журнальными репродукциями картин, пустыми коробками от сигарет или примените плитки темной расцветки, и уже потребуется 60 Вт. Многое зависит и от положения светильника, но его, как правило, располагают непосредственно над дверью. Применение цветных плафонов подвесных фонарей на кронштейнах, как правило, вызывает и необходимость в лампочке большей мощности.

Однако во всех инструкциях к светильникам запрещается применение ламп мощностью более 60 Вт, а в некоторых, изготовленных в Югославии, более 40 Вт. Чем это вызвано? Давно миновали времена, когда донышко и корпус патрона штамповались из латуни, вкладыши и ободок изготавливались из керамики в светильниках. Сейчас патроны в них — из пластмассы (рис.4). Не следует забывать, что КПД лампы накаливания всего равняется 3—5%, т.е. остальное выделяется в основном в виде тепла. Если в пластмассовый патрон вкрутить лампу в 100 Вт и колба лампы будет обращена вниз из-за устройства или установки так светильника, то все тепло ринется на патрон. Тот начнет подгорать, и нужно вовремя это заметить, иначе и пожар возможен. Я уже не говорю о том, что светильник выведен из строя. Значит, при колбе

Рис. 4. Патрон лампы
4 — вкладыш
отворот цоколя
резьбовая часть
такта; 11 —

лампы,
применение
40 Вт.

При
возможности
при отсу
положен
светильн

В кор
можно ра
еще отме
нии, тем
лампы и
по пути
ников. Не
ванной к
нии закр
светильн
или 60 Вт
почкой в

В ком
света уста
тра долж
чтобы мо

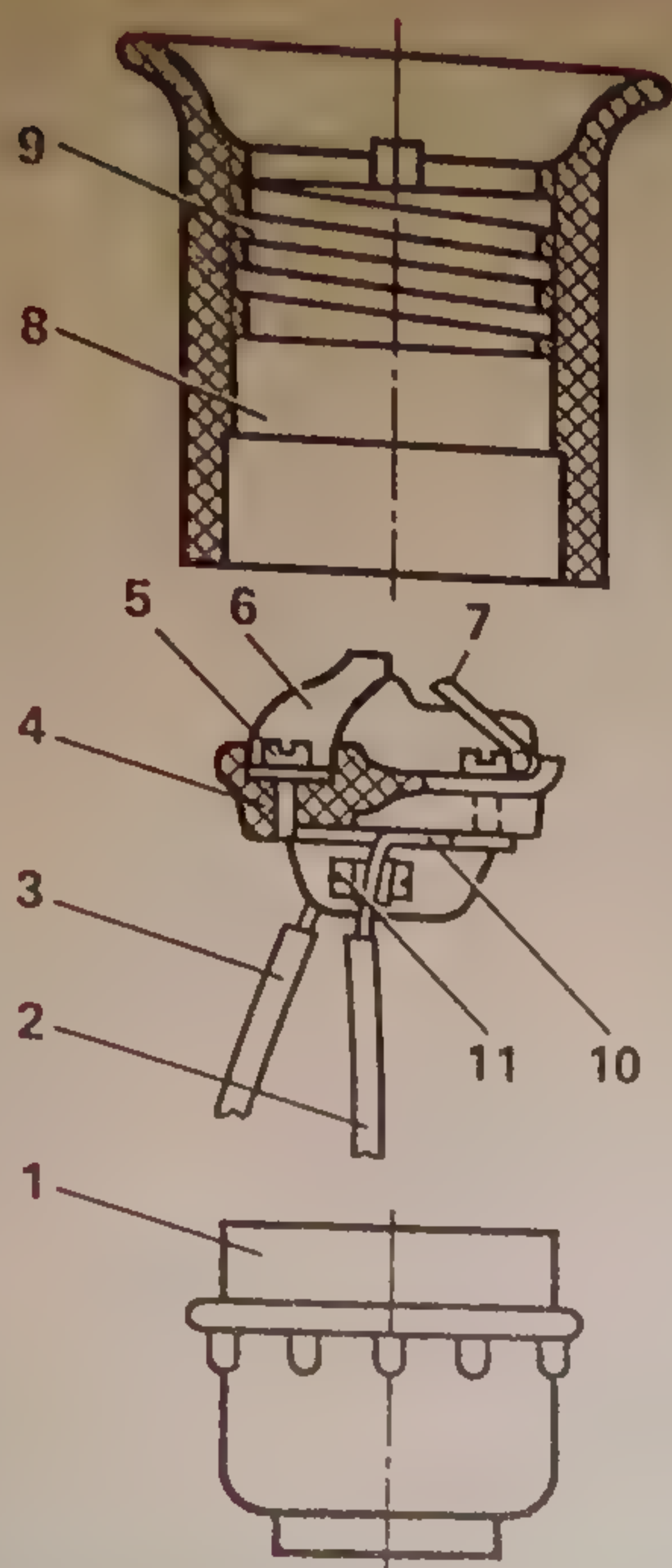


Рис. 4. Патрон: 1 — доньшко; 2,3 — проводники; 4 — вкладыш; 5 — винт; 6 — боковой контакт; 7 — отворот центрального контакта; 8 — корпус; 9 — резьбовая металлическая гильза; 10 — планка контакта; 11 — винт

лампы, обращенной вниз, разрешается применение в светильнике не более 40 Вт.

При положении колбы лампы вверх возможно применять и 100 Вт, особенно при отсутствии закрытого плафона. При положении колбы лампы горизонтально в светильнике вполне применимо 60 Вт.

В короткой статье, конечно, невозможно рассмотреть все случаи, но хочется еще отметить, что чем жарче в помещении, тем меньшей мощности применяйте лампы и для нужной освещенности идите по пути увеличения количества светильников. Не детализуя, могу посоветовать в ванной комнате при обязательном наличии закрытых плафонов использовать светильник у потолка с лампочкой в 40 Вт или 60 Вт и светильник у зеркала с лампочкой в 40 Вт.

В комнатах обязательно для общего света устанавливайте люстры. Такая люстра должна иметь 2—3 выключателя, чтобы можно было выборочно включать

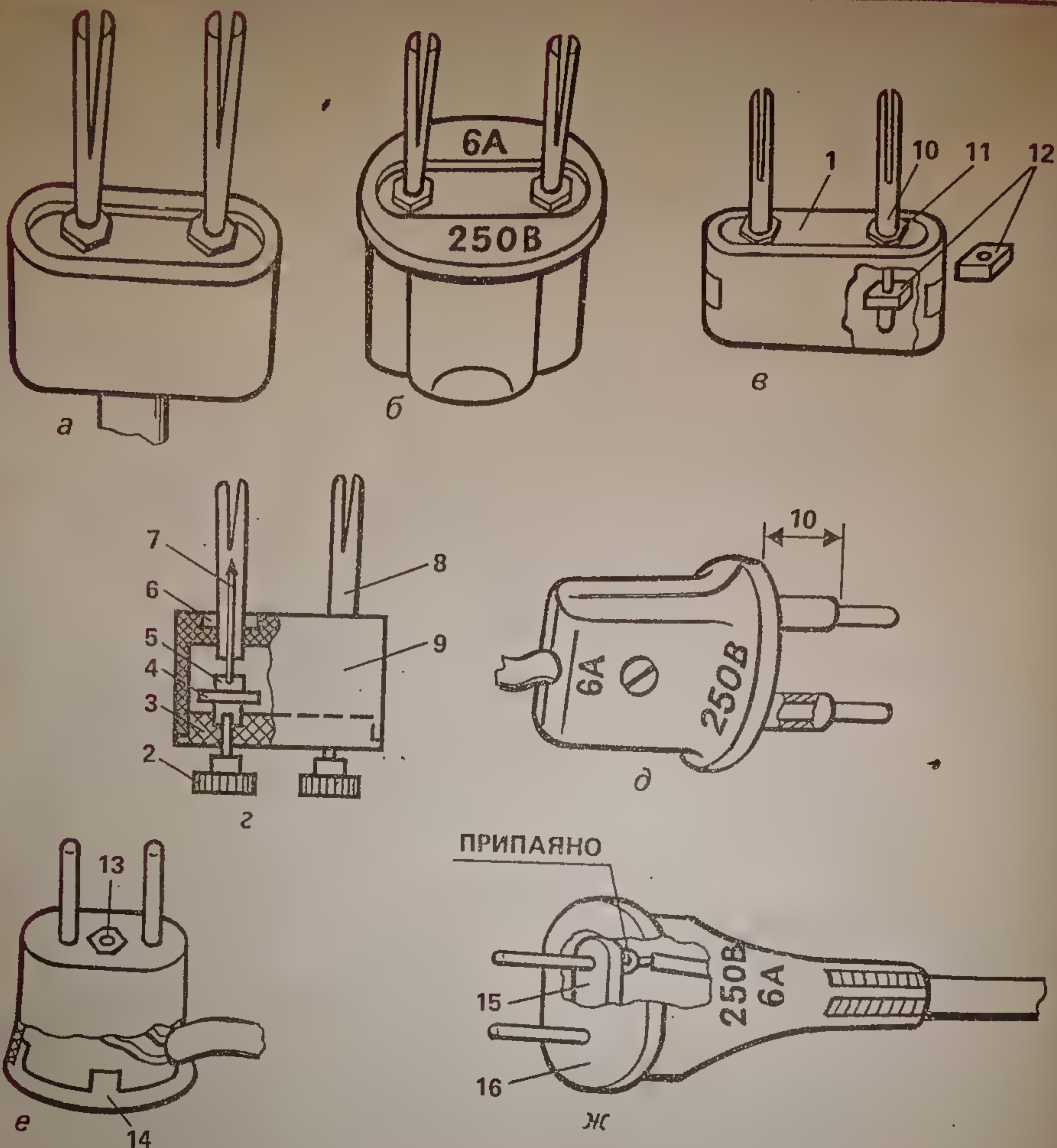
лампы. Одновременно в комнате должны быть «местные» светильники, в которых направление света можно менять. Важно еще, чтобы свет не резал глаза, что возможно при непрозрачном плафоне. Кстати, при этом свет меньше рассеивается и вполне употребимы лампы в 25 Вт и 40 Вт. При выходе из комнаты можно оставить горящим этот светильник, а не обязательно люстру.

Вилки штепсельные электрические

Вилка штепсельная в отличие от вилки для еды отличается тем, что через каждый из ее штырей проходит электроток своего назначения. Штыри, следовательно, изолированы друг от друга пластмассовым корпусом вилки. Подогнув средние, крайние штифты вилки для еды можно ухитриться вставить в гнезда розетки. Но это вызовет ослепление, короткое замыкание, возможно, пожар и смерть экспериментатора. Ибо зубцы вилки не изолированы и слиты воедино металлической рукояткой.

Сравнение двух вилок не случайно. Ясно, что коротышкой штепсельной вилкой почти никакую еду не подцепишь. Но сравнением подчеркнут момент, что электроток в штифтах вилки возникает лишь при соприкосновении с гнездами розетки. Значит, любая вилка, исключая особые конструкции электросхем, с точки зрения техники безопасности доступна для ремонта и монтажа, когда далека от источника электропитания...

Вилки! Они по устройству (рис. 5, 6) достаточно разнообразны. Рассмотрим самые ходкие — двухштифтовые вилки. Их первое и главное различие в конфигурации штифтов, выступающих из корпуса вилки. Эта часть штифтов для самих вилок никакого значения не имеет. Но в «Правилах устройства электроустановок» (ПУЭ-86) вилки относят к «втычным соединителям». Действительно, вилки сами по себе существуют. Однако они прямые свои функции начинают выполнять лишь в товариществе с розетками. Последние давнего производства рассчитаны на вилки с разрезными штифтами. Цельные штифты современных вилок в процессе эксплуатации не обеспечат постоянного контакта с гнездами розеток, в которых отсутствуют цилиндрические пружинки.



Вилка — это те ворота, через которые к электроприбору поступает электроток. Отсутствие тока заставляет искать причину. Вилка — это то звено в электросхеме, с которого возникают неполадки. Эти неполадки следует искать в определенной последовательности.

1. Соответствие штифтов вилки и розетки поначалу проверяют визуально. Гнезда розетки с цилиндрическими пружинами обычно закрыты крышками определенной формы и цвета. Когда крышка вызывает сомнения, выворачивают крепящий крышку винт и ее снимают. Гнезда раскрыты. Прикосновения к деталям гнезд розетки возможны лишь после прекращения подачи тока к розеткам. Выворачивают пробки или опускают рукоятку автоматического выключателя. Когда

Рис. 5. Типы вилок (вилочные части) втычных соединителей: а, б — с разрезными штифтами и пластмассовым корпусом; в — с разрезными штифтами и керамическим корпусом; г — с разрезными штифтами и разборным пластмассовым корпусом; д — с цельными штифтами и разборными пластмассовыми половинками корпуса; е — с цельными штифтами и крышкой пластмассового корпуса; ж — с цельными штифтами и неразборным резиновым или пластмассовым корпусом; 1 — планка; 2 — круглая нормальная; 3 — овал; 4 — гайка круглая; 5 — втулка; 6 — гайка круглая; 7 — стальная игла; 8 — разрезной полый штифт; 9 — верх корпуса; 10 — разрезной штифт; 11 — гайка шестигранная; 12 — гайка закладная; 13 — винт центральный; 14 — крышка корпуса; 15 — планка пластмассовая; 16 — резиновый или пластмассовый корпус

гнезда розетки в целостности и комплектности, то нужно вставить в них штифты вилки и покачать ее. Зазоры между гнез-

С РА
НЫМ
ШТИ

КОРПУС ЦЕЛЬНЫЙ ПЛАСТМАССОВЫЙ

Рис. 6. Кл

дами и
в конст
имеют
рожден
гнезд от
ческих
ступают
сдавлива
цами, п
впредь м
гнезд, с
Но есть
ства, на
ного из
вым корп
изменно
штифтам
розетки.
несколько
половино
бавляя к

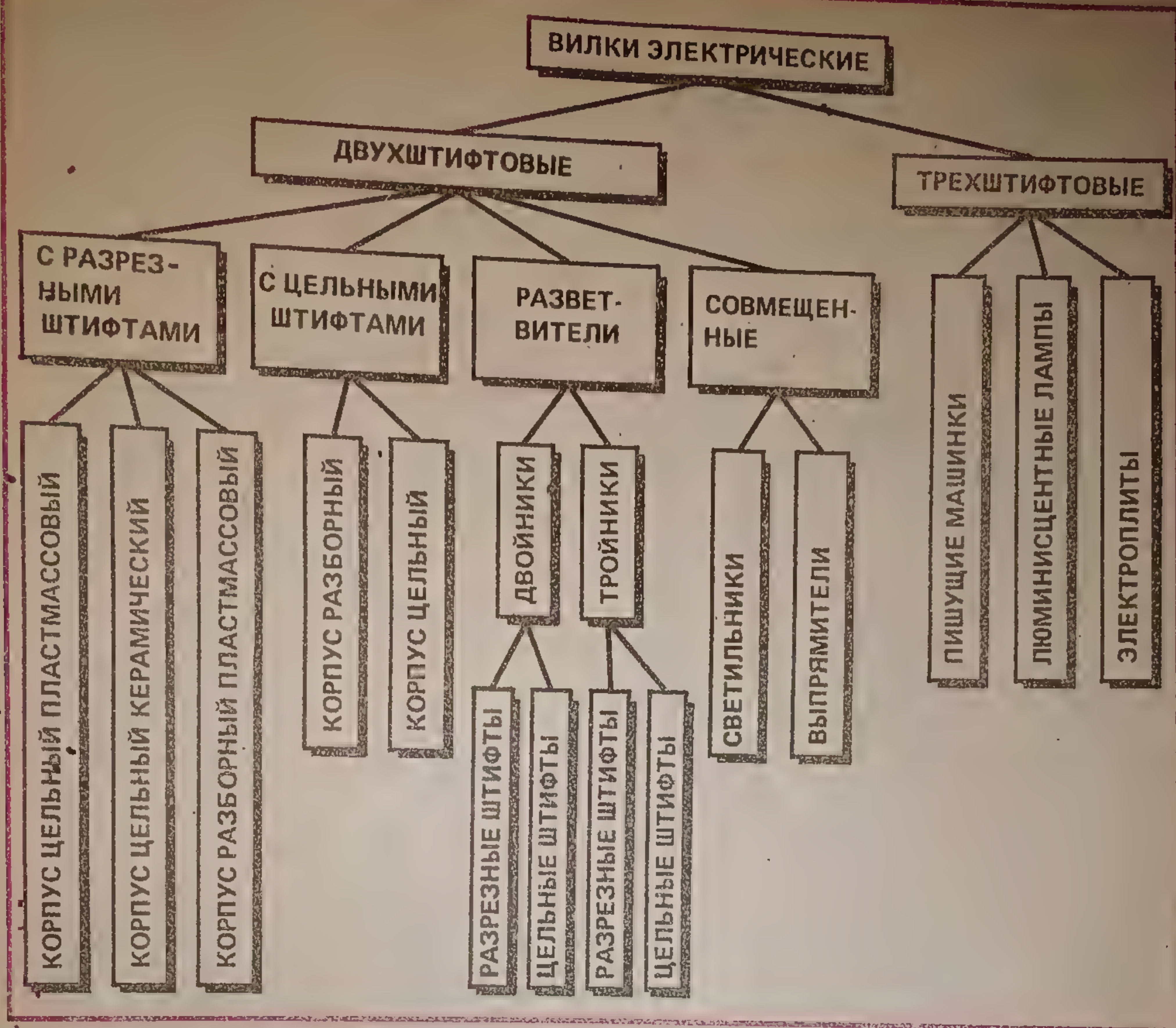


Рис. 6. Классификация вилок

дами и штифтами сразу могут возникнуть в конструкции тех розеток, которые не имеют цилиндрических пружинок «от рождения». Плоские фигурные пружинки гнезд от веса вилки и шнура, от периодических втискиваний штифтов вилки «раступаются». Отверстия гнезд сужают, сдавливая фигурные пружинки узкогубцами, плоскогубцами и отверткой. Чтобы впредь меньше деформировать пружинки гнезд, слегка смазывают штифты вилок. Но есть розетки совсем давнего производства, например с предохранителем у одного из гнезд и фарфоровым или фарфоровым корпусом. Здесь каждое гнездо — неизменное отверстие. Вилка с разрезными штифтами только применима для такой розетки. Половинки каждого из штифтов несколько отводят друг от друга. «Развод» половинок штифта осуществляют, прибавляя к уже существующему зазору при-

близительно еще 1 мм. Не более! Ибо штифты не войдут в отверстия гнезд, и можно, не дозируя усилий, вообще отломить одну из половинок штифта. Замена штифта в последнем случае станет необходимостью. Иной штифт берут из вилки, вышедшей из строя.

Вилки с разрезными штифтами не изготавливает промышленность уже некоторое время из-за их пониженных качеств с точки зрения техники безопасности. Поэтому имеет смысл заменить и вилку и розетку на значительно более совершенную пару. Хотя чем замысловатей конструкция, тем и ранней. В процессе эксплуатации такой розетки из нее выпадают детали гнезд. Поэтому при снятии крышки розетки для наружной установки следует подставить ладонь. Если «возникнут» детали, то их следует вернуть в гнездо или гнезда обесточенной розетки. Эти детали как раз и обеспечивают зажатие штифтов вилки в гнездах.

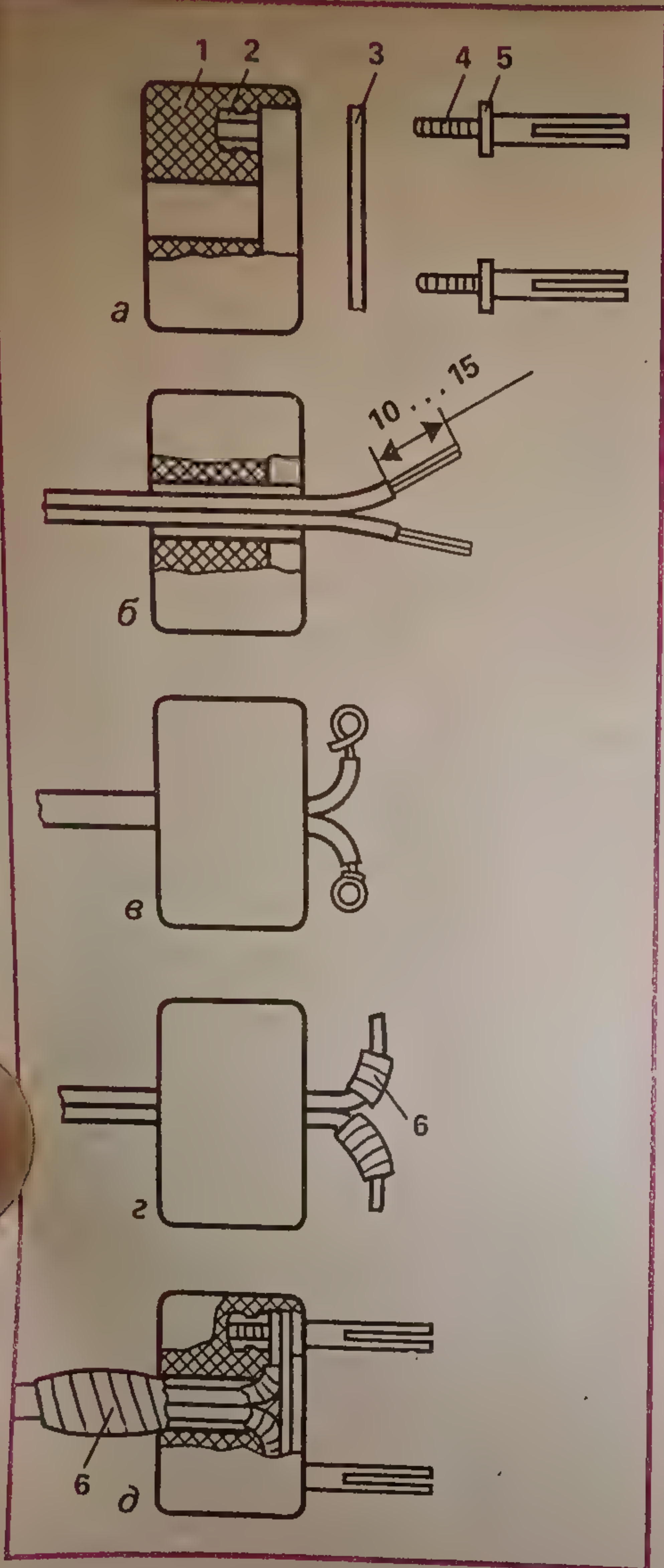


Рис. 7. Монтаж и ремонт вилки с разрезными штифтами и цельным пластмассовым корпусом: 1 — корпус; 2 — спецгайка; 3 — планка; 4 — разрезной штифт; 5 — гайка шестигранная; 6 — изоляционная лента; а — разборка вилки; б — протягивание проводников сквозь отверстие корпуса и очистка от изоляции жил на длине 10...15 мм; в — загиб концов жил без изоляции в петли; г — место закручивания конца жилы, образующей петлю, изолируют; д — накладывание на петли планки и закручивание штифтов в спецгайки

2. Очередная неполадка, вызывающая прекращение поступления тока к электроприбору, бывает внутри вилки. Все вилки разборные, исключая один тип.

Штифты и присоединенные к ним жилы шнура в этом типе вилки заформованы резиной марки РШ-2 или ПВХ пластиком. Механические изгибающие усилия приводят к тому, что внутри резинового или пластмассового монолита один из штифтов теряет связь с жилой. Контрольная лампа без труда это выяснит (рис. 14, з). Монолит корпуса вилки тогда прорезают, примерно в месте дефекта. Конец жилы и штифт спаивают (рис. 5, ж). Разрез корпуса «залечивают» изоляционной лентой. Поэтому едва «выздоровевшую» вилку подобной конструкции следует пореже вынимать и вставлять в гнезда розетки.

Разборные вилки имеют цельные или разбираемые корпуса. Цельные корпуса, как правило, обладают разрезными штифтами, заворачиваемыми в спецгайки (рис. 7, а). Эти спецгайки заформовывают в пластмассовый корпус. Каждый штифт снабжен гайкой, наворачиваемой на его резьбовую часть. Конец шнура пропускают в сквозное отверстие корпуса. Жилы шнура, выступившие из корпуса, на длине 10...15 мм очищают от изоляции и изгибают в петли, укладываемые во впадину на спецгайку. Место, где закручен конец жилы, образующий петлю, обматывают изоляционной лентой. Соприкосновение жил без изоляции тогда не возникнет у сквозного отверстия корпуса. Планка из изоляционного материала прикрывает петли во впадине корпуса. Штифты потом заворачивают в спецгайки корпуса так, чтобы гайки на штифтах прижали планку. Все, кажется, сделано правильно, а электроток, предположим, к настольной лампе не поступает. Забыта мелочь. Внутренний диаметр петли забыли выбрать таким, чтобы в него с некоторой тугостью завернуть штифт. Большой диаметр петли, чем наружный диаметр резьбы штифта, не всегда гарантирует контакт между этими деталями. Устройство вилки (рис. 5, г) с разрезными полыми штифтами, разборным пластмассовым корпусом и иглами весьма оригинально. Каждая игла из корпуса «выглядывает» пластмассовым наращением-барашком. Части штифта у разреза раздвигает вкручиваемая за барашек игла, тоже у второго штифта. Если штифты при этом в гнездах розетки, то контакт до того полный, что вилку не вынуть. Такую вилку применяют в случаях частых сотрясений розетки, да и вилки.

Вилки с разъемными корпусами имеют в преобладающей своей части неразрезные штифты (рис. 5, д, е). Чтобы прове-

рить мо
шнуров
стягива
или кре
Скрыты
ют разн
штифты
шайбоч
жинной
за меха
реже. Д
вает пут
рядке.

3. Ка
стием (в
ет высту
подсоеди
фиксиру
корпуса
печивает
штифтам
между г
допускае
бранного
рукции
чит, не
ционная
чия и не
ние» шт
превыша

4. Ви
(рис. 8,
бой, про
риала и
шнур уд
вилки. Н
половино
плуатаци
вызывает
входного
руживаю
или посл
снятие с
полной у
шнура и
при опре
или прове
вая факт
надрез за
Один сло
бу. Хотя в
ях скоба
мы. Если
тонки и с
мает к п
проводни
нит коль
чит и возм
если наве
конусообр

рнуть места соединения штифтов и жил шнуров, выкручивают центральный винт, стягивающий половинки корпуса (рис. 5, д) или крепящий крышку корпуса (рис. 5, е). Скрытые в корпусе части штифтов бывают разной формы. Но общее у этого рода штифтов — резьбовое отверстие и винт с шайбочкой. Если бы шайбочка была пружинной, то самоотворачивание винта из-за механических нагрузок возникало бы реже. Доворачивание винта восстанавливает путь для тока. Сборка в обратном порядке.

3. Каждый штифт с резьбовым отверстием (вблизи от этого отверстия) обладает выступом или загибом. Штифт после подсоединения к нему петли жилы шнура фиксируют в соответствующей впадине корпуса (рис. 8 б, в). Эта фиксация обеспечивает постоянное расстояние между штифтами, соразмерное с дистанцией между гнездами розетки. Фиксация и не допускает вытягивание штифта из собранного корпуса вилки. Разной конструкции штифты неразрезной формы, значит, не взаимозаменяемы. Иногда изоляционная лента помогает сгладить различия и не позволяет допустить «выступление» штифта из корпуса на величину, превышающую расчетную.

4. Вилка с разъемными половинами (рис. 8, а) снабжена металлической скобой, прокладкой из изоляционного материала и двумя винтами. Этими деталями шнур удерживают на основании корпуса вилки. Но вне вилки (после сборки вместе половинок вилки) шнур в процессе эксплуатации многократно перегибаем. Это вызывает излом одной из жил как раз у входного отверстия в корпус. Излом обнаруживают контрольной лампой (рис. 14, г) или после разборки вилки, включающей снятие скобы и прокладки. Иногда для полной уверенности надрезают изоляцию шнура или провода. Ибо концы излома при определенных положениях шнура или провода будут контактировать, скрывая факт излома. При отсутствии излома надрез замазывают изоляционной лентой. Один слой ленты вполне войдет под скобу. Хотя возникает вопрос, в каких случаях скоба и прокладка под нее необходимы. Если шнур или два провода слишком тонки и скоба с прокладкой их не прижимает к половинке корпуса, то обмотка проводников изоляционной лентой заполнит кольцевой зазор. Эта обмотка исключит и возможность излома жилы или жил, если наворачивание изоляционной ленты конусообразно продолжить в противополо-

ложную сторону от половинки корпуса на 25...35 мм (рис. 8, в), дойдя до одного слоя ленты. Чтобы лента не повисла, «как траурный флаг», последний ее слой обматывают нитками или ведут обертывание проводников лентой с того места, где хотели использовать нитки. В конечном счете, когда полнота проводников и нескольких слоев изоляционной ленты достаточна для зажатия их дугами, составляющими из половинок корпуса сквозное отверстие, то скобу, прокладку и два винта «исключают» из вилки. Но их не выбрасывают, а кладут в коробочку про запас. Эти детали не нужны и в случае, когда в качестве проводников использован кабель (рис. 8, г). Его наружный диаметр без изоляционной ленты «схватывают» половинки корпуса. Кабель для этого следует подбирать двухжильный. Крышка разъемного корпуса вилки (рис. 5, е) имеет выступы различной высоты с внутренней стороны. Это позволяет для фиксации проводников в корпусе подбирать подходящий выступ.

5. Крепкое «рукопожатие» петли проводника и штифта — условие не только пропускания тока. Болтающаяся на штифте и винте петля проводника — причина разогрева этих деталей. То же и на разрезном штифте (рис. 7, а), на котором отсутствует винт. Раскаленный штифт начинает выжигать пластмассу корпуса вокруг спецвинта и по другим поверхностям соприкосновения. Результаты таких «костров» печальны: корпус вилки перестает фиксировать штифт или штифты. Качание штифтов не позволяет им войти в гнезда розетки. Особо привередливы гнезда розеток с цилиндрическими пружинками, ибо последние резко сужают отверстия гнезд. Возвращают «статность» штифтам заменой корпуса вилки, ибо выгоревшие места не восстановишь. Изоляционная лента после начального периода выгорания еще в какой-то степени «компенсирует» возникший зазор. Резюме: выгорание пластмассы проявляет себя нагревом корпуса вилки и неприятным запахом. Немедленно ищите причину! Беда еще в том, что «страдают» не всегда только детали вилки. «Поджаривание» обеспечит и неисправность в гнезде розетки. Но с деталями розетки возможно «сражение» лишь после прекращения подачи тока. Еще один выход при выгорании сердцевин основания корпуса заключается в удалении крышки вилки и «прибинтовывании» изоляционной лентой штифтов (рис. 4, д).

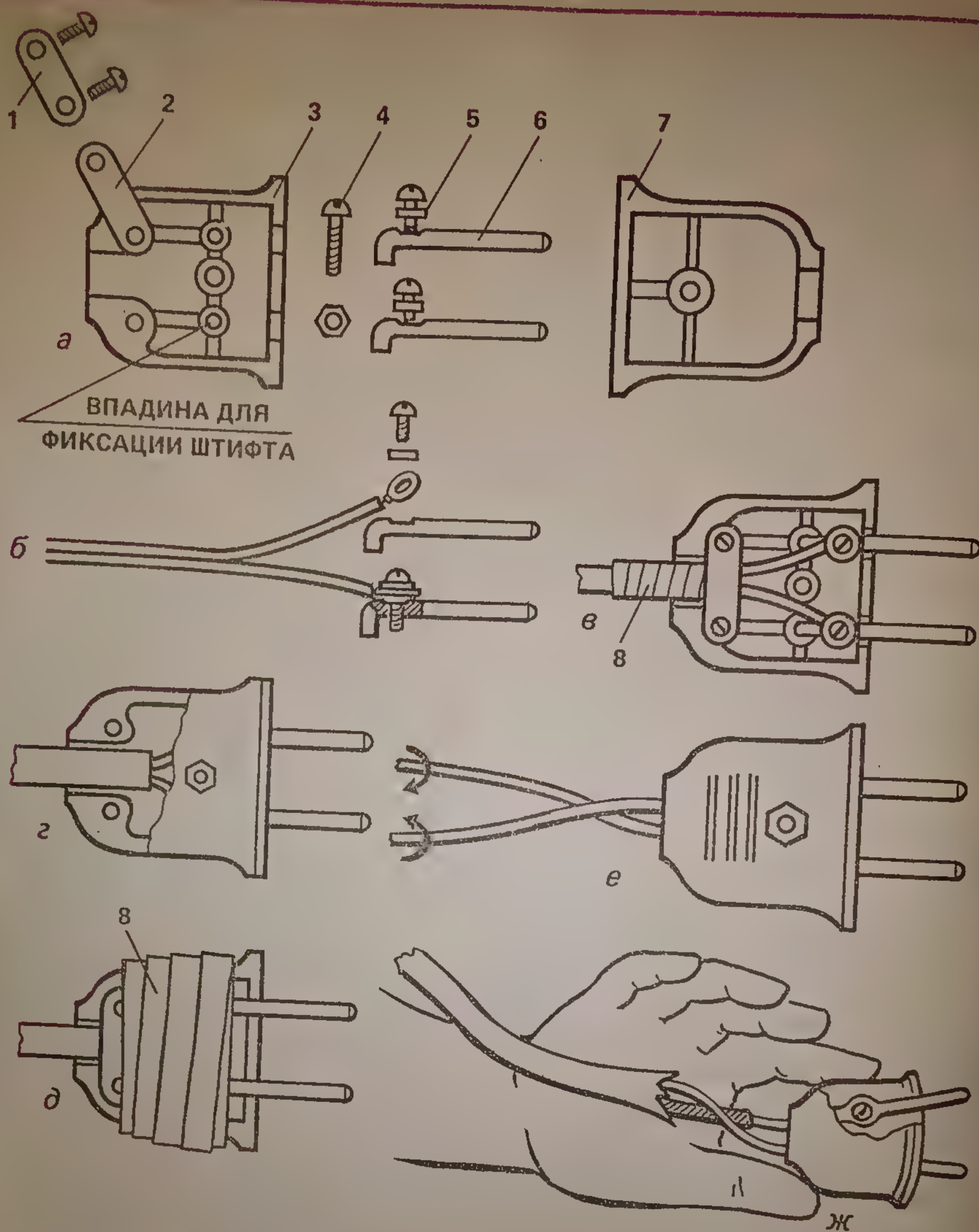


Рис. 8. Монтаж и ремонт вилки с цельными штифтами и разборными штифтами: а — разборка; б — очистка концов жил проводников от изоляции на длине 10...15 мм и загиб их в петли и соединение со штифтами при помощи винтов; в — установка штифтов в углубления основания корпуса и закрепление проводников скобой и прокладкой; г — соединение крышки и основания корпуса центральным винтом; д — изоляционная лента в аварийных случаях заменит крышку корпуса; е — отдельные проводники таким образом скручивают до подсоединения к электроприбору; ж — способ ремонта изоляционной лентой или укорочением проводников; 1 — изоляционная прокладка; 2 — металлическая скоба; 3 — основание корпуса; 4 — винт центральный; 5 — шайбочка; 6 — штифт цельный; 7 — крышка корпуса; 8 — изоляционная лента

Особенно губителен перегрев для вилки с разрезными штифтами. Спецгайка, заформованная в пластмассу корпуса, из-за «худого» контакта между петлей проводника и штифта (рис. 7, а), раскаляясь, выжигает вокруг себя пластмассу корпуса. Одновременно резко от повышения температуры увеличивается отверстие в прокладке и прогорает или твердеет изоляционная лента. Весь узел из штифта, петли проводника и спецгайки выпадает из корпуса вилки. Замена корпуса вилки или вилки в целом «на повестке дня». Ну а когда нет иной вилки, то выпадение

узла
купо
ленто
(рис.
Ро
закл
гнезд
легко
прибл
ют щ
уже
к от
штиф
Пе
когда
Штиф
ные в
«торм
сой, т
грев т
провод
бенно
Возник
вуют п
перегр
окисло
насквоз
вые. Н
новит»
изоляц
Посл
рядки»
или ка
Экспер
мой рас
из цел
корпуса
1. В
стягива
Винт вк
щуюся в
винки к
нужно в
стакон
стороной
пол или
или заме
вершила
в углубл
обопресе
са. Но те
другой, д
выступаю
обезопас
ри вилки
щая детал
ной лент
ность и во
ку с винт
штифты о

...и в какой-то степени затормозит за-
крутку проводников изоляционной
лентой в отверстии корпуса или за ним
(рис. 7, д).

Розеточная причина нагрева, если она
заключена лишь в увеличении отверстия
гнезда в вилках с разрезными штифтами,
легко устранима. Ножом или отверткой
приблизительно на 0,5...1 мм увеличива-
ют щель в штифте. Большой развод, как
уже ранее предупреждалось, приведет
к отламыванию одной из половинок
штифта.

Перегрев корпуса вилки менее опасен,
когда материал корпуса — керамика (рис. 5, в).
Штифты заворачивают в гайки, заложен-
ные в корпус. Чтобы гайки не выпали, их
«тормозят» в корпусе керамической мас-
сой, твердеющей впоследствии. Но пере-
грев такой вилки разрушает изоляцию
проводников и даже каждую жилу, осо-
бенно когда она из тонких проволок.
Возникающие пленки окислов препятст-
вуют прохождению тока. Поэтому после
перегрева вилку нужно разобрать, пленки
окислов снять, соскрести. Прогоревшие
насквозь петли жил удаляют и делают но-
вые. Новая изоляционная лента «восста-
новит» и расплавленную или обветшалую
изоляцию проводников.

Последовательность операций для «за-
рядки» вилки шнуром, двумя проводами
или кабелем опишу подробно (рис. 8).
Эксперимент проведем для начала на са-
мой распространенной вилке, состоящей
из цельных цилиндрических штифтов,
корпуса из двух половинок и т.п.

1. Выворачиваем центральный винт,
стягивающий половинки корпуса (рис. 4, а).
Винт вкручен в гайку, свободно находя-
щуюся в шестигранном углублении поло-
винки корпуса. Поэтому разборку вилки
нужно вести не на весу, а над столом, вер-
стаком или хотя бы уложив корпус вилки
стороной с гайкой на ладонь. Упавшую на
пол или грунт гайку не так просто найти
или заменить. Если все же «трагедия» со-
вершилась и нет гайки, которая вошла бы
в углубление полукорпуса, то пусть она
обопрется на наружную плоскость корпу-
са. Но теперь и винт следует применить
другой, длиннее. Пару слоев изоляции по
выступающим металлическим деталям
обезопасят пальцы на случай, когда внут-
ри вилки к винту прикоснется токонесу-
щая деталь. Несколько слоев изоляцион-
ной ленты придадут механическую проч-
ность и вообще в состоянии заменить гай-
ку с винтом. Разборка вилки освободила
штифты от половинок корпуса и познако-

мила воочию с остальными деталями.
Пристальное внимание следует обратить
на впадины основания корпуса, которые
фиксируют загибы или выступы на штиф-
тах.

2. Провода для соединения электро-
прибора и вилки подбирают многожиль-
ные, когда отсутствует шнур. Это обеспе-
чит их гибкость и стойкость против изло-
ма. Найденные два провода бывают слиш-
ком крупного сечения. Тогда используют
для образования петли всего 2...3 жилы.
Ведь эти жилы не изолированы друг от
друга, а в скрученном виде представляют
единую жилу (рис. 7, б). Но чем мощнее
жила и ее изоляция, тем ниже гибкость
провода. Отверстие, образованное поло-
винками корпуса, тоже ограничитель диа-
метральных размеров двух проводов. За-
тем один из концов проводов закрепляют
в рукоятке двери, в тисках и т.п. Провода
свертывают друг относительно друга, ста-
раясь при этом каждый из проводов по-
вертывать пальцами внутрь (рис. 8, е).
Потом концы проводов под петли очища-
ют на длине 12...15 мм от изоляции. Жи-
лы или жилу сворачивают в петлю, и
их концы или концы 1...2 раза обвивают
(рис. 8, б) вокруг прямолинейного участ-
ка жилы. Изоляционная лента может
прикрыть эти обвивы. Когда петля пра-
вильно сделана, то в ее отверстие при-
жимной винт штифта должен заходить с
трудом. Если винт свободно перемещаем
в петле, то с ослаблением затяжки винта
в резьбовом отверстии штифта контакт
между тремя деталями будет настолько
уменьшен, что возникнет нагрев. Винт
после этого выворачивают. Внутренний
диаметр петли убавляют (одними плоско-
губцами зажимают конец жилы, а вторыми
совершают полный поворот петли). Все
зависит от прочности провода. Петлю на
тонком, мягком проводе делают и без
плоскогубцев. Процесс образования пет-
ли — это один из видов оконцевания про-
водника.

3. Итак, петли зажаты под шайбы и
винты штифтов. Затем один из винтов,
крепящих скобу и прокладку, выворачи-
вают, второй винт на 2...4 оборота (рис. 8, а)
выкручивают, скобу с прокладкой отво-
дят в сторону. Штифты кладут в соответ-
ствующие выемки на внутренней стороне
половинки корпуса. Вот почему при раз-
борке корпуса вилки следовало обратить
внимание на то, как зафиксированы
штифты. Когда скоба и прокладка из-за
малого наружного диаметра проводов или
шнура не прижимают их к корпусу, то ис-

пользуют изоляционную ленту. Наибольшее количество оборотов ею делают под скобой, и обертывание постепенно заканчивают вне вилки на длине 25...36 мм. Это исключает излом жил проводников из-за перегибов, как уже писалось ранее (рис. 8, в).

4. Соединение центральным винтом двух половинок корпуса завершает работу. Зазор между половинками корпуса не должен возникать. Его присутствие, щель в 1...3 мм, доказывает неверность сборки. Центральный винт выворачивают и устраняют причину зазора.

Перегрев или какие-либо другие причины приводят к тому, что от корпуса вилки остается одна половинка. Изоляционная лента и в этом случае восстановит «дееспособность» вилки (рис. 8, д) на некоторое время.

На каждой вилке, вилке-разветвителе, совмещенной вилке (о последних будет сказано ниже) выформовано 5 А и 250 В, иногда вместо 5 А ставят 6 А или 6,3 А. О чем это предупреждает? Первая цифра с буквой А «возвещает» о максимальной силе тока, течение которого допустимо через вилку. Изоляционные свойства материала вилки не рассчитаны на большую силу тока. Корпус вилки будет нагреваться...

Как же определить величину силы тока, которую «вытягивает» токоприемник или токоприемники через вилку? Табличка на токоприемнике приводит его технические данные. Но когда нет таблички или каких-то исходных данных, следует помнить формулу: мощность в Вт (кВт) = напряжению в В × на силу тока в А. То есть если мощность утюга 1 кВт (1000 Вт), а в электросети всегда около 250 В, сила тока равна $1000:250 = 4$ А. Поэтому в вилку-разветвитель нельзя включать два утюга.

Вилки-разветвители, вилки-тройники, вилки-розетки — это название одной и той же группы вилок (рис. 6, 9). Они позволяют в розетку включать два-три электроприбора. Эту группу вилок также делят на вилки-разветвители с разрезными штифтами и цельными штифтами.

Среди вилок-разветвителей с разрезными штифтами оригинальна вилка-электроприбора питать током от одной розетки. Корпус вилки-двойника имеет три сквозных отверстия. Он не разбираем на две половинки. Штифты вкручивают в гнезда, вставляемые со стороны торца корпуса. «Проваливание» штифтов в отверстия корпуса предупреждают гайки,

надетые на штифты и упирающиеся в прокладку из паранита или другого изоляционного материала. Прокладка одновременно и защищает петли проводников. Шестигранник на наружной поверхности гнезд входит в углубление корпуса соответствующей формы. Поэтому гнезда не смогут провернуться в корпусе, что важно для вворачивания штифтов. Недостаток вилок-двойников в «стационарности» отверстий гнезд. Поджимное устройство в гнездах отсутствует. Разрезные штифты вставляемой в гнезда вилки лишь обеспечивают нужный контакт и исключают нагрев. Также электроприборы мощностью до 40 Вт с цельными штифтами на вилке можно включать в вилки-двойники.

Вилки-тройники с разрезными штифтами (рис. 9, г) обладают уже и разрезными на всю длину гнездами, выполненными из латунного листа толщиной в 0,5...0,7 мм. Вставляемые в такие гнезда любые штифты вилок плотно охвачены, что обеспечивает надежный контакт.

Вилки-тройники с неразрезными цельными штифтами бывают в двух исполнениях (рис. 9, д, е). Одно исполнение — компактное и безопасное. Ребенку понадобится усилие и ухищрение, чтобы вставить в одно из гнезд, к примеру, гвоздь. Каждая пара гнезд здесь затянута в поперечном направлении к их оси шторками из изоляционного материала. Пружинки управляют шторками. Поэтому при выворачивании двух скрепляющих винтов не нужно рассыпать на пол содержимое между двумя половинками корпуса. Эти вилки-тройники требуют осторожности в эксплуатации, чтобы не сломать шторки (рис. 9, д).

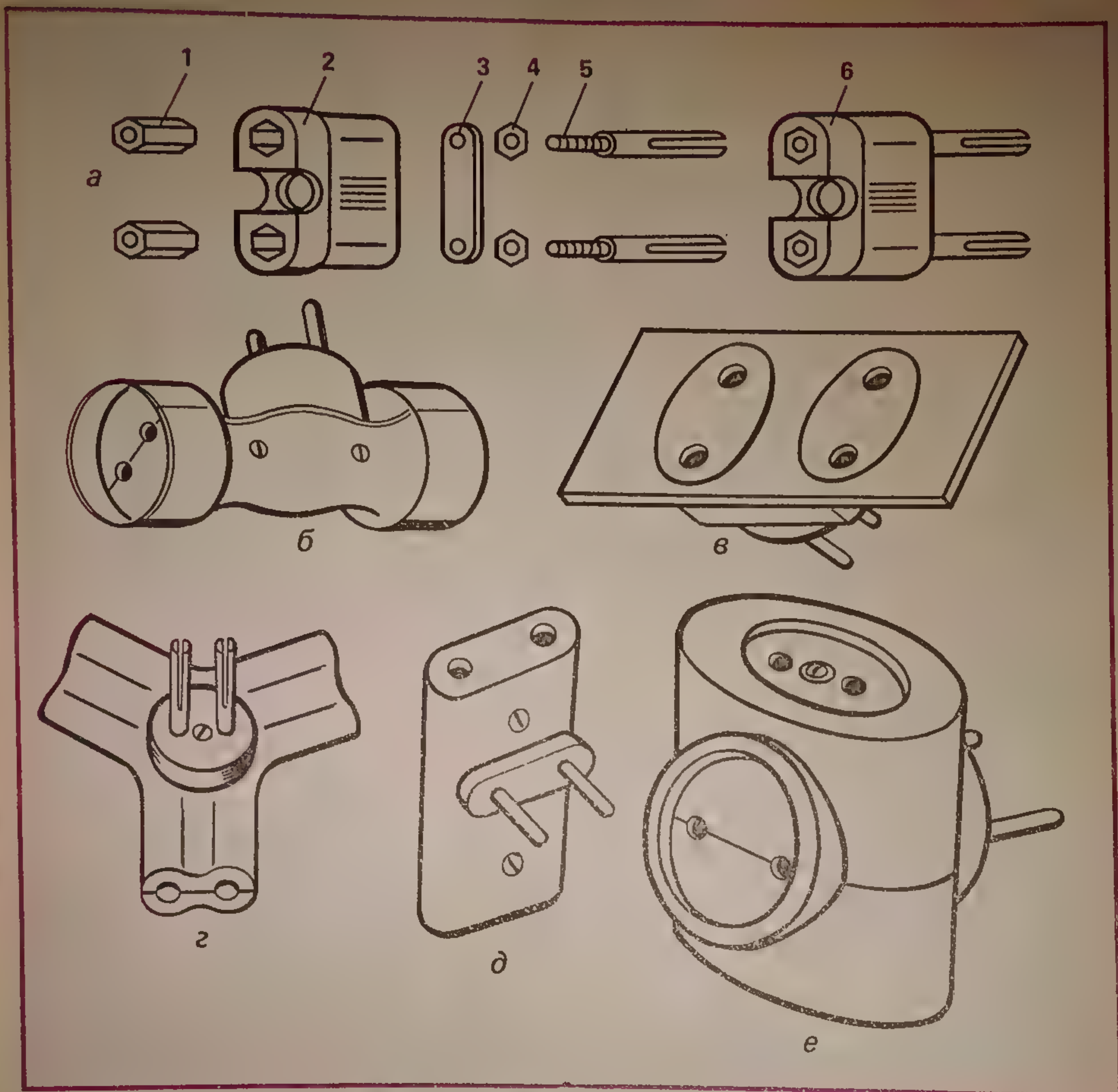
Второе исполнение вилки-тройника (рис. 9, е) отдаленно напоминает картошку со срезанными краями. Каждые три гнезда совмещены и приклепаны к штифту. Две проштампованные латунные пластины и составляют гнезда у штифта. Гнезда плотно охватывают вставляемые в них штифты вилок-«одиночек». Шторки отсутствуют. Механическая прочность корпусов вилок-тройников несколько понижена. Поэтому не следует их ронять или на них что-то увесистое сбрасывать. Половинки корпуса вилки-тройника стянуты винтом с гайкой, которая слишком глубоко расположена в корпусе и не закреплена. Разборку этой вилки нужно тоже вести над столом или верстаком.

Вилки-разветвители используют и «цепочкой», вставляя штифты одной вилки в гнезда другой. Но условие сохранно-

сти «сод
ции пре
мая при
ми-разв
шать 6
250 В.

Элек
вмещаю
ночник
электро
ника» и

Техн
ращени
Этого во
касались
включен
гать пал
век стои
«рвется»
тротока.
влажном



сти «содружества» вилок при эксплуатации прежние. Общая сила тока, вбираемая приборами, пользующимися вилками-разветвителями, не должна превышать 6 А. Напряжение тоже ограничено 250 В.

Электро- и радиоустройства иногда совмещают с вилок. Это, например, вилок-ночник «Малышок-3», выпрямитель для электробритвы, блок питания «Электроника» и т.п.

Техника безопасности нужна и при обращении с вилок любой конструкции. Этого вопроса по мере изложения не раз касались. Штифт или штифты вилки при включении или выключении нельзя трогать пальцем или пальцами. Когда человек стоит на чем-то мокром, через него «рвется» поток электричества, река электричества. Даже резиновый коврик во влажном состоянии не всегда изолирует

Рис. 9. Вилки-разветвители: а — двойник с разрезными штифтами; б, в — двойники с цельными штифтами; г — тройник с разрезными штифтами; д, е — тройники с цельными штифтами; 1 — гнездо; 2 — корпус; 3 — прокладка изолирующая; 4 — гайка; 5 — штифт; 6 — двойник в сборе

человека от грунта. Прохождение электричества через сердце — смерть!

Не все вилки выпускают с частичной изоляцией штифтов (рис. 5, д). Пластик ПВХ охватывает штифты на длине 8...10 мм, начиная от корпуса вилки. Штифты вилок без пластика изолируют самостоятельно изоляционной лентой на той же длине.

Поломка корпуса вилки (рис. 8, ж) обнажает токоведущие детали. Корпус или вилку в целом предпочтительно заменить. Изоляционная лента не всегда подлечит вилку. Ибо касание деталей будет исключено изоляционной лентой, а фикс-

сация, в частности штифта, останется не восстановленной.

Вытирание влажной тряпичей вилки, шнура и других токонесущих частей включенного электро-, радио- и телеприбора недопустимо.

Настенный светильник ванной комнаты и туалета

Он состоит в основном из трех частей: стеклянного колпака, корпуса и патрона (рис. 10). Светильник монтируют на стене над умывальником в ванной комнате. Такой же светильник располагают над входной дверью в туалет. Проводка к светильнику скрытая, проложена внутри стены и поступает непосредственно в патрон. Светильник, следовательно, быстро не снимешь со стены и не отнесешь в ремонт.

Прекращение освещения — сигнал о «заболевании» светильника. Если повторные нажатия на клавишу выключателя не вызовут светового озарения, то следует снять колпак. Корпус и колпак соединены резьбой. Но корпус бывает пластмассовый и фаянсовый. Резьба в фаянсовом корпусе выполнена менее качественно, чем в пластмассовом. Поэтому при отворачивании колпак подчас заклинивает. Применение силы ведет к трещинам в колпаке и порезам ладоней. Светильник иногда вырывают вместе с шурупами из дюбелей. Он повисает на проводке.

Отменно, когда эта проводка сделана с запасом в 40...60 мм. Короткое замыкание возможно в противоположном случае. Глаза рядом. Ослепление и испуг вероятны. А это ведет к падению с табуретки, стула, травмам рук и ног. Чтобы исключить подобное, нужно соблюдать хотя бы два условия. Прекращение поступления электротока к светильнику будет в определенном положении клавиши выключателя. Когда забыто это положение, то нужно прочесть надписи на крышке выключателя или блока. Выключатель с вдавленной верхней частью клавиши принято считать не препятствующим прохождению тока к электролампе. Но выключатель ставят и «вверх ногами». Не следует забывать, что наравне с клавишными выключателями еще поворотные, кнопочные, ми «Вкл.» и «Выкл.», например, на том же кнопочном выключателе могут повернуть в плоскости на 180°.

Исправность выключателя и правильность надписей на его крышке проверяют

при снятии последней. Отверткой с рукояткой, не проводящей ток, замыкают контакты выключателя. Вспыхивание электролампы «возвестит» об аварии внутри выключателя. И тогда не нужно будет выворачивать колпак.

Вторым условием безопасной работы со светильником будет положение ног на подставке, табуретке и т.п. Следует стать посреди некачающейся опоры. Наступать на края опоры нельзя! Перевернется! Ясно, что сказанное не относится к лестницам.

Замыкание контактов выключателя и отсутствие свечения электролампы сигнализируют о ее неисправности. Если колпак заклинит в резьбе корпуса при выворачивании, то нужно колпак попытаться несколько повернуть в сторону закручивания. Эти манипуляции предпочтительно делать в перчатках или рукавицах. Человек колпак обычно побеждает и опускает его на пол.

Вот она, вожденная электролампа! Спираль сгорела, лампу меняют. Когда спираль цела, лампу доворачивают. Если и теперь она не вспыхивает при нажатии на клавишу выключателя, то лампу пробуют в другом светильнике. Дефект или дефекты бывают и внутри лампы при целой спирали. Припайка электрода, например, к цоколю разрушена. Замена лампы восстанавливает освещение. Колпак возвращают на место.

Ну а что предпринять тем, у кого с давних пор светильник висит на стене на проводниках? Он светит, но обрыв проводов или проводов, скажем, у контактов патрона приведет к короткому замыканию, пожару и т.п. Понятно, что даже вдвоем, когда один держит корпус, второму не вывернуть колпак. Причина — не в отсутствии силы. Колпак и корпус гладки. Резиновые перчатки иногда оказывают неоценимую помощь.

Беспронгрышный выход — в другом. Светильник следует закрепить в предназначенном месте. Короткие шурупы и отвертка позволят это осуществить. Если дюбеля из отверстий вырваны, ставят новые. Отсутствие других дюбелей — преодолимая трудность. Их заменит пластмассовая трубочка-изоляция, снятая с жилы подходящего провода. Если стена или перегородка не из оргалита, то в кирпичной и бетонной «кладке» дюбель заменит деревянная пробка. Новые отверстия вместо дефектных не стоит засверливать или пробивать шлямбуром. Проводка скрытая... После фиксации светильника

ЗЕМЛЯ (НС)

на стене
лебатель

Слож
тогда, ко
целы, а
Настенн
зи окошк

Поряд
вторым.
безопасн
почкой.
чтобы за
Не исклю
новение
ми патро
тактом л
предмет
контакт
или отгиб

Флома
пластмас
отгибани
нельзя ис
рандаш,
фель. То
стать мо
контакта
замыкани
нил своей
Отгиба
вкручива
троламп

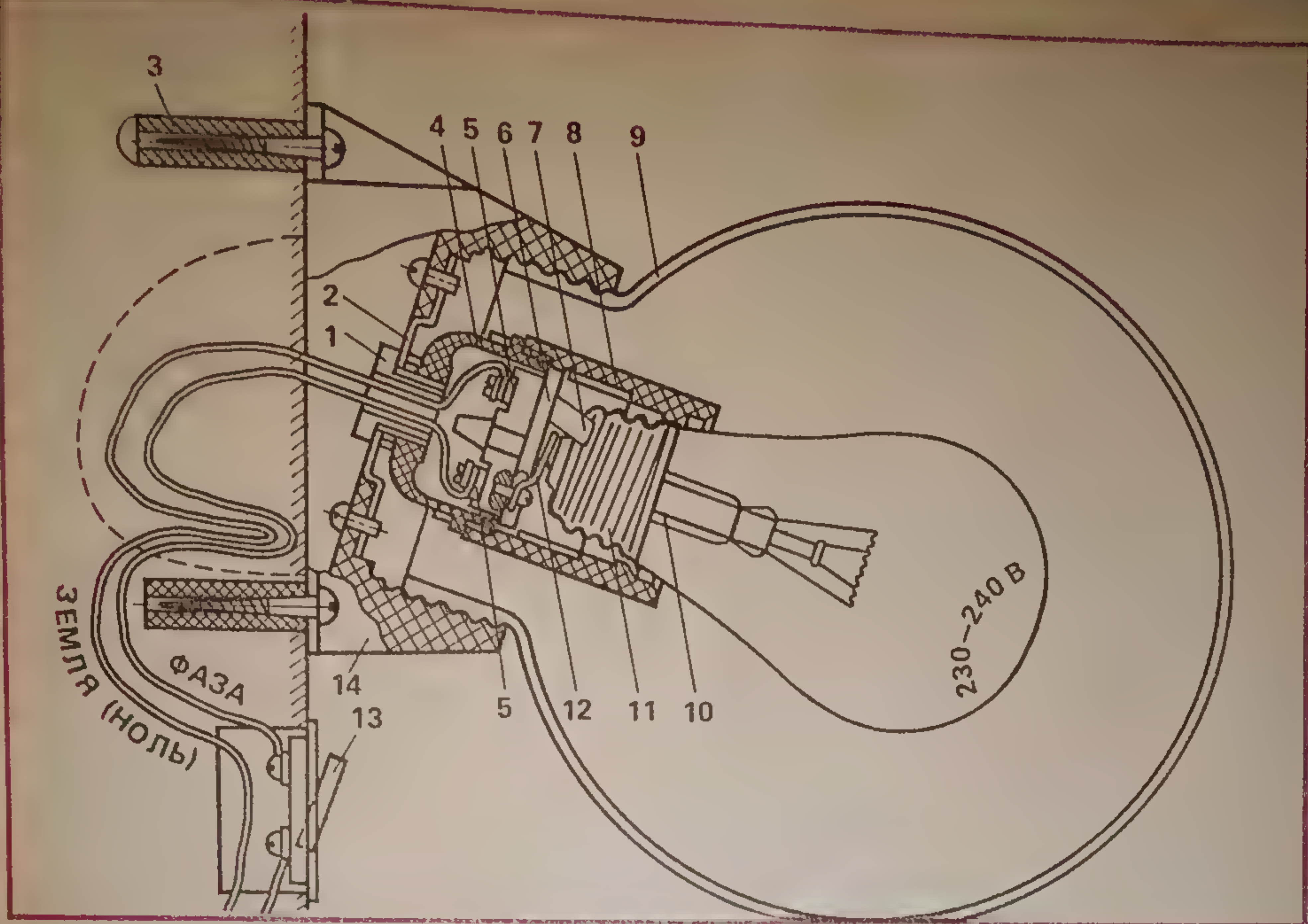


Рис. 10. Настенный светильник ванной комнаты и туалета: 1 — втулка; 2 — накладка; 3 — дюбель; 4 — пятка патрона; 5 — спецдеталь; 6 — вкладыш; 7 — периферийный пластинчатый контакт; 8 — юбка патрона; 9 — колпак; 10 — электрод лампы; 11 — цоколь лампы; 12 — центральный пластинчатый контакт; 13 — клавиша выключателя; 14 — корпус

на стене колпак по вышеизложенной колебательной методике будет снят.

Сложность с освещением возникает тогда, когда электролампа и выключатель целы, а темнота не нарушаема... ночью. Настенный светильник монтируют вблизи окошка.

Порядок ремонта в какой-то мере повторим. Колпак выворачивают и ставят в безопасное место, то же «учиняют» с лампочкой. Источник света теперь нужен, чтобы заглянуть внутрь патрона (рис. 4). Не исключено, что отсутствует соприкосновение между пластинчатыми контактами патрона, цоколем и центральным контактом лампы. Узким непроводящим ток предметом центральный пластинчатый контакт патрона несколько распрямляют или отгибают от фаянсового вкладыша.

Фломастер, деревянная щепка, узкий пластмассовый стержень пригодны для отгибания пластинчатых контактов. Но нельзя использовать шило, отвертку и карандаш, имеющий токопроводящий грифель. Токопроводящие предметы могут стать мостиком между пластинчатыми контактами патрона и вызвать короткое замыкание, если выключатель не выполнил своей функции.

Отгибание пластинчатых контактов и вкручивание заведомо проверенной электролампы иногда не дают эффекта. Сле-

дующая причина отсутствия подачи тока бывает внутри патрона. Винт или винты перестали притягивать провода к спецдетали на вкладыше, или возникли на их поверхности окислы и ржавчина. Винты не всегда латунные с хромовым покрытием. Они чаще всего стальные. Оксидирование, воронение и т.п. применены для защиты последних.

Осторожность необходима при разборке патрона. Пробники различного вида нельзя применять для определения вероятности проникновения тока к одному из пластинчатых контактов, ибо прикосновение к контакту или контактам концом-щупом пробника в условиях недостаточной освещенности может вызвать замыкание.

Фонарь или дополнительный светильник любой конструкции нужен для четкого различия частей патрона. Вначале отворачиваем юбку патрона. Дальнейший успех операции будет зависеть от длины проводов, прикрепленных к вкладышу и помещенных под ним за пяткой патрона,

под корпусом светильника. Если длина проводов позволяет, то, берясь за наружный округлый край, вытягиваем вкладыш и осторожно отверткой докручиваем винты. Все это нужно осуществлять так, чтобы пальцами не касаться металлических деталей вкладыша, а отверткой с не проводящей ток рукояткой заворачивать лишь один винт, не задевая других частей.

Сборка — в обратном порядке. Но следует обратить внимание, что вкладыш «сядет» в пятаку только после того, как его впадины войдут в выступы пятки. Если это не сделать, то и юбку патрона не навинтить на его пятаку.

Все предыдущие операции по разборке патрона предпочтительно проводить на отсоединенном от стены светильнике. Два шурупа отворачивают при снятом колпаке — и корпус светильника в руках. Чем длиннее выступающая из стены проводка, тем с большей свободой можно осуществить ремонт.

Шурупы, крепящие корпус к стене, не всегда послушны. Неповрежденный шлиц на головке шурупа и лопатка отвертки, точно соответствующая шлицу, — вот некоторые условия, способствующие отворачиванию. Правда, шуруп ржавеет, пробка или дюбель пересыхает. Один путь остается: лопаткой крупной отвертки поддевают корпус вблизи шурупа и извлекают его вместе с дюбелем или пробкой. Это вернее, чем высверливать шуруп или перепиливать его полотном ножовки через щель между корпусом и стеной. А чтобы не повредить стены, которая будет опорой для рычага-отвертки, под лезвие ее лопатки подкладывают металлическую пластину.

Снятие светильника со стены для ремонта не исключено в будущем. Шурупы следует для этого подготовить. Если они дефектны по шлицу, то нужно углубить шлиц, пропилив его на 1...2 мм полотном ручной ножовки, или заменить шурупы. Смазка резьбы шурупов перед ввинчиванием обязательна. Это упростит ввинчивание и вывинчивание шурупов.

Дефекты скрытой электропроводки (излом жилы провода и др.)

Владелец квартиры:
— Ну, как? Свет потек?

Электрик:

— Подставляйте, пожалуйста, таз.

Даже опытные профессионалы-электрики считают, что при отсутствии фазы

или «земли (ноля)» на доступных местах жилы следует долбить стену, снимать покрытие и т.п. в поисках дефекта. Затем соединяют жилу провода у излома или укладывают в возникшую борозду другой провод или проводку. Замазывают борозду и заштукатуривают поверхность стены. Все это слишком трудоемко, если одновременно не производят ремонт квартиры или дома. Новый проводник в период между ремонтами комнаты гораздо проще проложить прямо по поверхности стены, потолка, карниза или под ним и т.п.

Приведу пример ремонта, когда для устранения излома провода где-то внутри стены использовано всего несколько сантиметров другого провода. Он по цвету совпадает с окраской стены и потому почти незаметен. Правда, поиски области повреждения жилы провода заняли достаточно времени.

Итак, патрон, выключатель и розетка смонтированы по вертикали стены (рис. 11). Они соединены между собой так, что электроток поступает от розетки к патрону. Электролампа к нажатиям клавиши выключателя «равнодушна». Метод исключения применяют в поисках причины отсутствия накала спирали лампы.

Первый этап. Он осуществлен. Изменения положения клавиши выключателя не вызвали вспыхивания лампы. Клавишу оставляют включенной (рис. 12, а).

Второй этап. Выворачиваем лампу. Вкручиваем вслепую другую, предпочтительно новую (рис. 12, б). Лишь в момент контакта цоколя лампы и резьбы патрона допустимо смотреть на лампу. Позже — опасно! Взрыв колбы лампы возможен, хотя в большинстве случаев сгорает ее спираль... Если и вторая лампа не создает света, то приступают к отгибанию пластинчатых контактов патрона (рис. 11) в сторону, противоположную вкладышу. Это делают после установки клавиши выключателя в положение «Выключено» и выкручивания лампы и юбки патрона. Сборка в обратном порядке. Нет света — следующий этап.

Третий этап. Снимают крышку или клавишу выключателя, отворачивая винт или нажимая фиксатор (рис. 11, 12, в). Сухой не токопроводящий материал должен быть при этом под ногами (сухой деревянный пол, резиновый не влажный коврик и т.п.). Контакты выключателя замыкают, скажем, губками плоскогубцев, держа их за пластмассовые или резиновые чехлы, натянутые на рукоятки



этих плоскостей с изоляцией гут осуществ



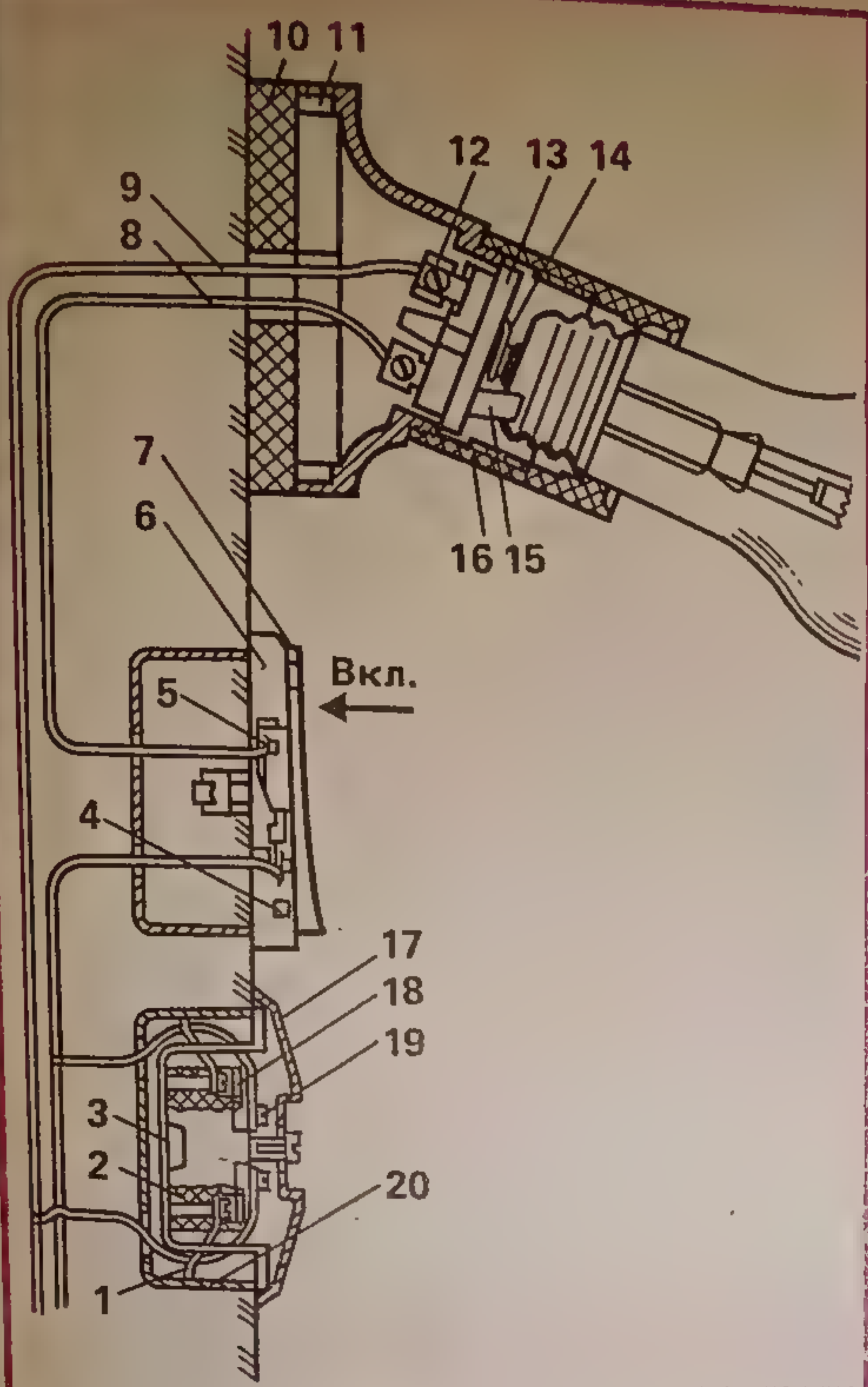
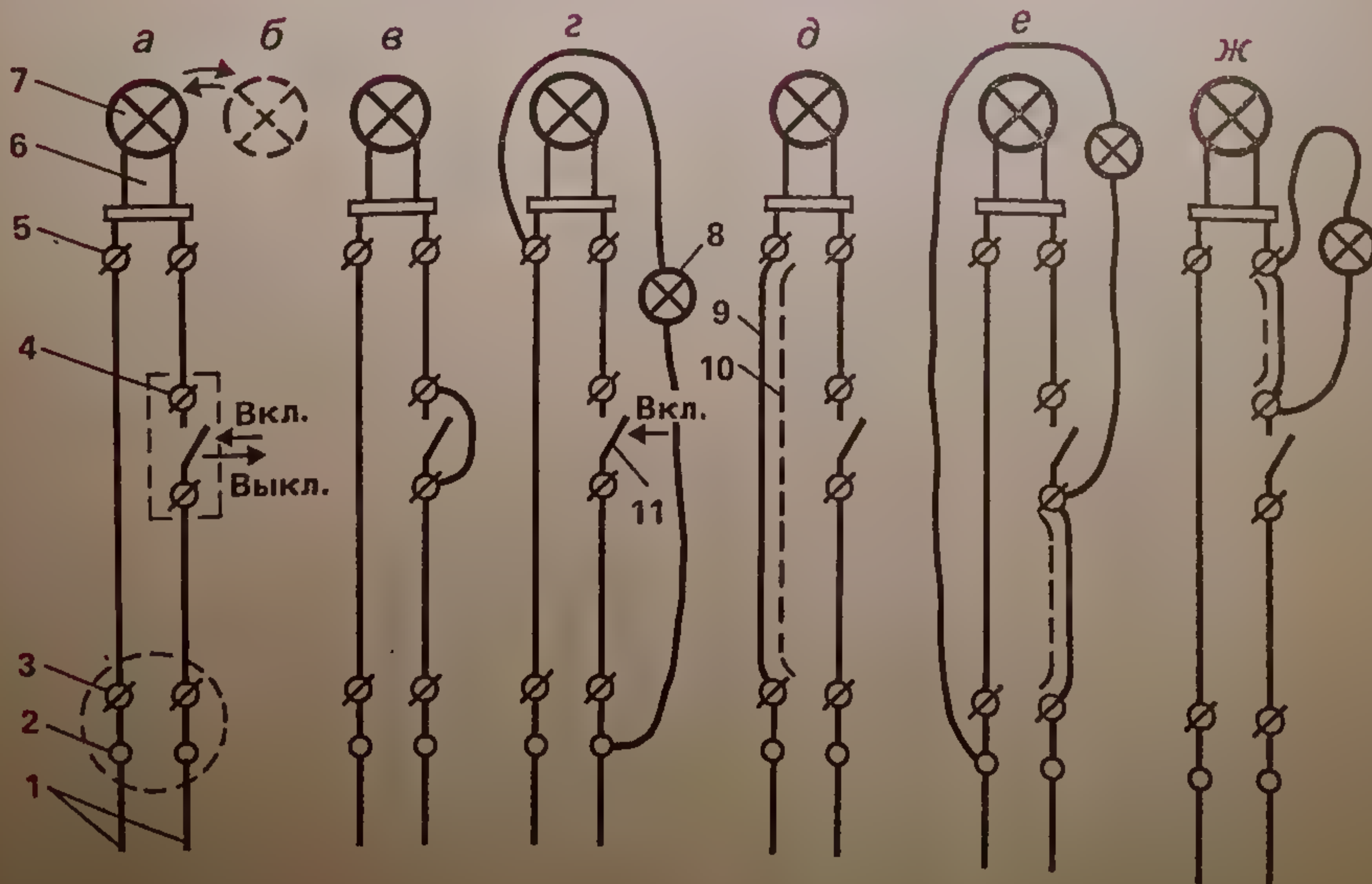


Рис. 11. Установочная аппаратура: 1 — распорная лапка; 2 — корпус розетки; 3 — скоба-фиксатор выключателя; 4 — монтажная коробка; 5 — контакт выключателя; 6 — осто́в выключателя; 7 — клавиша выключателя; 8 — проводник (фаза); 9 — проводник («земля»); 10 — подрозетник; 11 — основание патрона; 12 — контакт патрона; 13 — вкладыш; 14 — центральный пластинчатый контакт патрона; 15 — боковой пластинчатый контакт патрона; 16 — юбка патрона; 17 — крышка розетки; 18 — гнездо розетки; 19 — контакт розетки; 20 — монтажная коробка

докажет неисправность выключателя. Его меняют при вывернутых электропробках или опущенных рукоятках автоматических выключателей на щитке, хотя люди с некоторым опытом делают это, не касаясь пробок или автоматических выключателей. Однако они непременно стоят на

Рис. 12. Устранение излома жилы провода при скрытой укладке: а — I этап — нажатие на клавишу выключателя и перемещение ее в положения «Включено» и «Выключено»; б — II этап — замена электролампы; в — III этап — замыкание контактов выключателя и его замена; г — IV этап — проверка контрольной лампой возможности излома жилы проводника; д — V этап — подключение нового проводника между розеткой и патроном; е — VI этап — подключение нового проводника между розеткой и выключателем; ж — VII этап — подключение нового проводника между патроном и выключателем; 1 — проводники; 2 — гнездо розетки; 3 — контакт розетки; 4 — контакт выключателя; 5 — контакт патрона; 6 — патрон; 7 — электролампа; 8 — контрольная лампа; 9 — новый проводник; 10 — дефектный проводник; 11 — клавиша выключателя.

этих плоскогубцев. Одна или две отвертки с изолированными рукоятками помогут осуществить то же. Появление света



не проводящем электроток материале и соблюдают другие правила техники безопасности. В частности, чтобы исключить искрение между контактами выключателя и концами жил проводов, снимают с последних нагрузку, то есть снимают выключатель и ставят новый с клавишами, зафиксированными в положении «Выключено». Если это трудно определить, то выворачивают лампочку (или лампочки), когда выключатель соединен с люстрой...

Четвертый этап. Замыкание контактов выключателя не вызвало накала спирали лампы, поэтому приступают к очередному этапу ремонта. Два шурупа вывертывают из подрозетника. Патрон повисает на проводах, выходящих через отверстие в подрозетнике. Варианты возможны. Подрозетник отсутствует. Шурупы, крепящие патрон, заворачивают в пробки, дюбели, проволочные спирали.

Провода проверяют в месте выхода из стены. Отверстие в стене иногда расширяют для качественного их испытания. Провода снимают с контактов патрона и колеблют их из стороны в сторону, перегибая приблизительно на 90° . Хитрость провода заключена в том, что упругость пластмассовой оболочки-изоляции подчас скрывает излом жилы. Место провода, вызывающее подозрение, контролируют двояко. Так как провода к патрону поступают от розетки, то контрольной лампой (рис. 12, г) и делают это. Один щуп контрольки вставляют в любое гнездо розетки, второй прикладывают к концу той или иной жилы. Выключатель оставляют во включенном состоянии. Когда контрольная лампа не вспыхивает, то щуп переставляют к концу другой жилы. Укладка проводов скрыта, и поэтому сразу не угадать, к какому проводу прижать щуп. Гнездо розетки тоже меняют. Напоминаю, что контрольная лампочка горит только тогда, когда ее щупы на разноименных полюсах, на жилах с фазой и «землей», т.е. на разных цельных жилах проводки. Следовательно, если контрольная лампа «мертва», то возник излом жилы. Место излома, как ни странно, бывает у провода в борозде, где к нему никто не прикасается. Значит, частичный излом жилы возник или был еще при ее укладке, скажем, 10...20 лет назад. Электронагрузки на жилу и усугубили дефект. Иногда жилу перебивают гвоздем или разрезают сверлом электродрели. Нет ничего опаснее, когда человек при этом стоит на токопроводящем материале и на его руках отсутствуют резиновые перчат-

ки. Меньшую угрозу сулят щупы контрольной лампы. Ими следует касаться лишь нужных мест, не замыкая «по дороге» ненужные. Гарантисей такой невозможности будут жилы, штыри или штифты, выступающие из-под изоляции всего на 1...1,5 мм.

Контрольная лампа порой отсутствует. Настольная лампа ее временно заменит. Снимают вилку. Петельки жил выпрямляют и изолируют на излишней длине. Правда, разборка вилки и все последующее будут бесполезны, когда два провода шнура нельзя расплести. Что же предпринять? Обойтись без контрольной лампы. Электрический метод определения места излома подменим операционным. Провод в обнаженном подозреваемом месте подвергнем операции. Перегиб провода, например, у выхода из стены нередко причина излома жилы. Причем если есть подрозетник, то и его снимают. Острым ножом в подозреваемом месте в продольном направлении снимают такой толщины «стружку», чтобы увидеть жилу. Сам надрез изоляции на длине 7...12 мм настолько ослабит ее упругость, что излом жилы вызовет провисание изоляции при колебаниях. Если надрез не обнаружил излома, то его аккуратно обертывают изоляционной лентой. Конечно, досадно, что операционный метод поиска излома неприменим для провода в бороздах стен.

Пятый этап. К нему приступают, когда контрольная лампа не вспыхнет хотя бы после проверки одного проводника.

Поступление электротока в квартиру или индивидуальный дом прекращают. Электропробки выворачивают или опускают рукоятки автоматических выключателей на щитке. Отключение электротока проверяют включением люстры, бра и т.п. или индикатором. Отсутствие тока — сигнал к началу ремонта. Жила дефектна. Второй конец жилы, предположим, у розетки. Конструкции розеток разнообразны. Но контакты почти всех розеток открыты после съема крышки. Отворачивая контактный винт розетки (рис. 11, 12, д), ослабляем прижим жилы и вынимаем ее. Этот конец жилы изолируют и отводят в сторону. Новый проводник, который заменит дефектный в борозде, подбирают несколько значительнее по длине, чем скрытый. Недурно бы, чтобы по цвету он совпадал с окраской стены. Многожильный проводник предпочтительнее. Он в данной ситуации никогда не

будет переломан. Концы жилы или жил в многожильном проводе на длине 10...15 мм освобождают от изоляции и загибают в петли или оставляют спрямленными тычкообразными в зависимости от устройства контактов патрона и розетки. Итак, концы нового проводника зажимают в контактах. Если из патрона выкручена лампа, то ее возвращают на место. Электропробки вворачивают или поднимают рукоятки автоматических выключателей на щитке. Лампа должна загораться при нужном положении выключателя. Подачу тока снова прекращают. Патрон прикрепляют шурупами к подрозетнику или вкручивают шурупы в дюбели. Крышки розетки и выключателя возвращают на свои места так, чтобы они прижали растянутый по стене новый проводник.

Шестой этап. Лампа в патроне не вспыхнула после замены одного проводника между розеткой и патроном. Вина, следовательно, падает на проводники между выключателем и розеткой или выключателем и патроном. Совсем «худой» вариант, когда оба проводника с изломами жил. Это выяснит и докажет снова контрольная лампа. Крышки выключателя и розетки снова снимаем, если они одеты (рис. 12, е). Один щуп контрольной лампы вставляют в гнездо розетки, второй прикладывают к контакту выключателя. Когда контрольная лампа не реагирует, то второй щуп оставляют в том же положении, а первый щуп опускают в другое гнездо розетки. Лампа не вспыхивает. Теперь второй щуп приставляют ко второму контакту выключателя. Если лампа по-прежнему темна, то первый щуп вынимают из гнезда розетки и вставляют в рядом находящееся иное гнездо.

Все перемещения совершают с осторожностью!

Только жилы щупов должны касаться металлических деталей!

Темень контрольной лампы доказала излом жилы проводника между выключателем и розеткой. Новый проводник выбираем и подготавливаем по методике, указанной на предыдущем этапе. Вопрос лишь в том, между каким контактом выключателя и гнездом розетки его протянуть. Если был заменен проводник между одним из гнезд розетки и непосредственно контактом патрона (пятый этап), то наш короткий проводник подсоединяют к другому гнезду розетки и к любому контакту выключателя при вывернутых пробках или опущенных рукоятках автоматических выключателей на щитке. Но провод-

ник между гнездом розетки и непосредственно контактом патрона мог быть цел. Контрольная лампа тогда определит места его подсоединения в патроне и розетке.

Седьмой этап. Проводник между выключателем и патроном (рис. 12, ж) — последнее место возможного излома жилы. «Игра» со щупами контрольной лампы, предложенная вначале, здесь не нужна. Один щуп прикладывают к тому контакту, который не зажимает жилу проводника, направленного непосредственно к розетке. Вторым щупом присоединяют к оставшемуся контакту выключателя, ибо один контакт уже занят жилой проводника от гнезда розетки. Клавиша выключателя при этом должна быть в таком положении, чтобы промежуточные детали выключателя замкнули его контакты. При отсутствии слабого света в последовательно соединенных лампах предохранителей или поднятых рукоятках автоматических выключателей подтвердит излом жилы. Пробки предохранителей выворачивают или опускают рукоятки автоматических выключателей вновь. Концы жилы дефектного скрытого проводника извлекают из-под контактов патрона и выключателя. Эти концы изолируют и позже прячут под крышку выключателя или основание патрона. Новый проводник подбирают и подготавливают по выше изложенной методике. Концы жилы этого проводника зажимают в свободных контактах выключателя и патрона. Пробки предохранителей заворачивают или поднимают рукоятки автоматических выключателей. Лампа в патроне должна вспыхнуть. Ток снова выключают. Патрон крепят к подрозетнику так, чтобы из-под основания выступал лишь новый проводник. Все оставшееся от натягивания этого проводника прячут под крышку выключателя или под основание патрона. Пуск тока в квартирную или домовую электросеть — последняя операция ремонта.

Пробники

Их разделяют на две группы. К первой относят те пробники, которые служат для проверки целостности обесточенной электрической цепи при ремонте бра, настольных ламп, электроплиток и т.п. Каждый из этих пробников состоит из проводников, источника тока и сигнализатора появления тока.

В простейшем из пробников первой группы источником тока является бата-

рейка (рис. 13, а) от карманного фонаря, сигнализатором — электролампочка в 1,5 В. Патрон для электролампочки делают путем навивки на подходящий по диаметру стержень проволоки. Если проволока ока-

жется слишком упруга, то ее отжигают. Понятно, что диаметр проволоки в спирали должен обеспечивать возможность вкручивания электролампочки. Все элементы пробника можно разместить в ко-

робочке, проводов са, деревянные материалы пробника бы они бы ный пров который б менении для этого точно на свободные

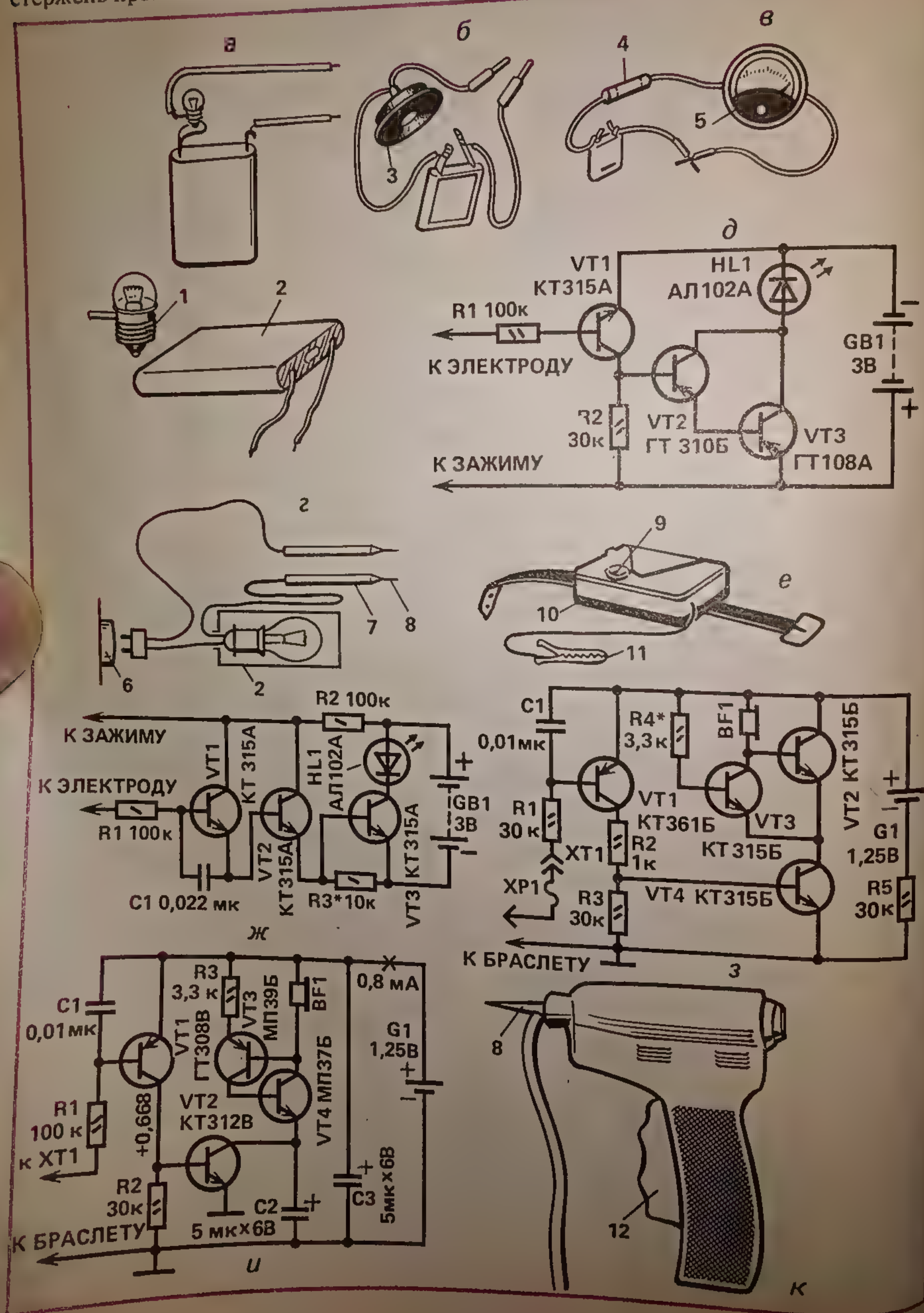
Электр элемент с хом замен ки или рад щупов к п характерн роцель уст

Вместо пользуют ров (рис. ставят для щего через должны бы па постоян повышение вают удале устраняют вая к контак

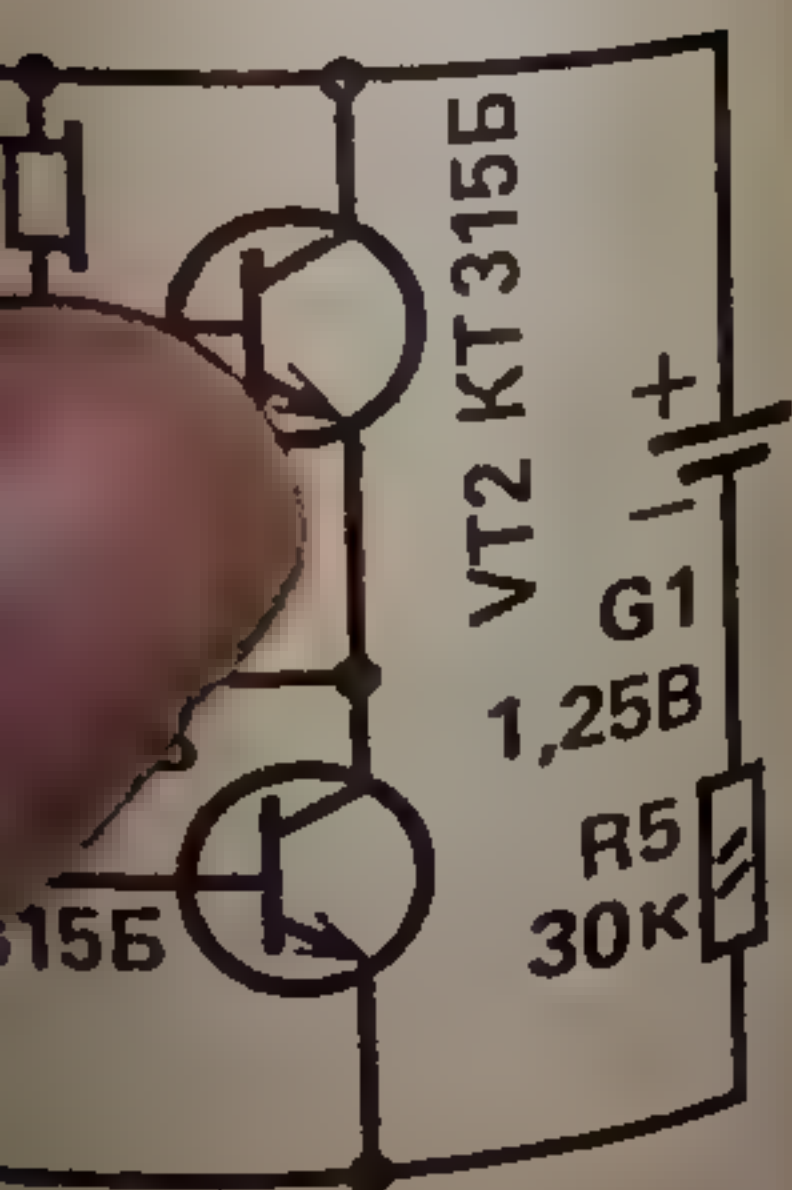
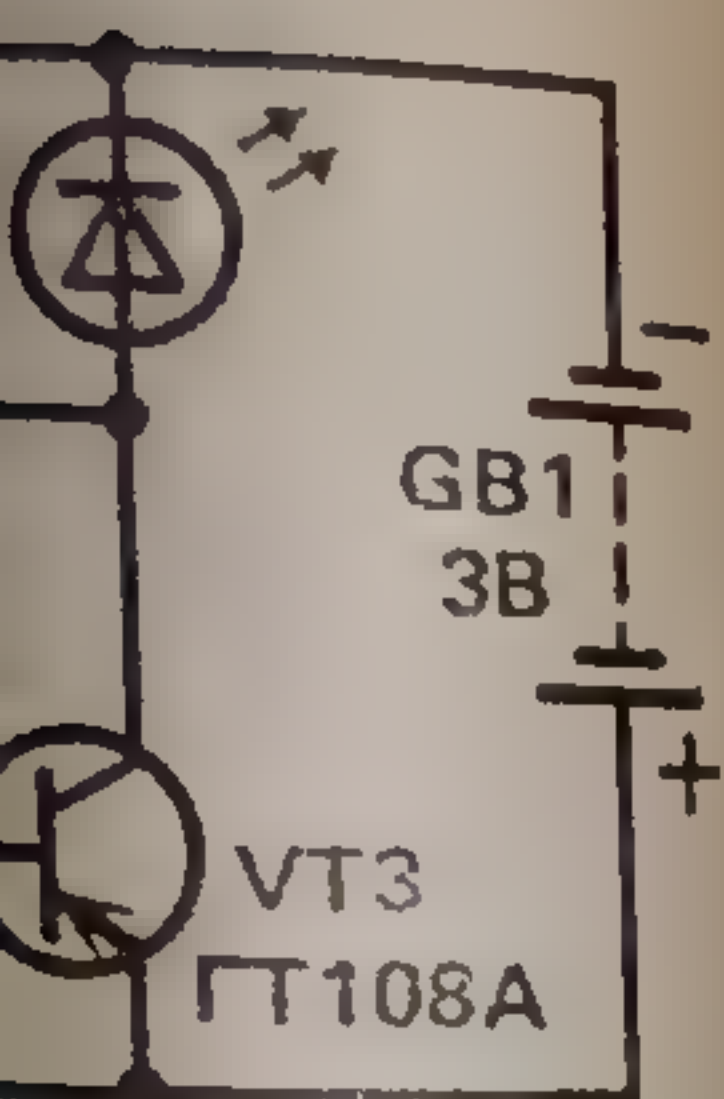
Если ест ше взять м шкалы в 65 нием шкал лением ш стрелки пр дется подби устранил уд шкалы.

Наш про ром факти ибо им мож обрыва про

Рис. 13. Пробн проверки цело а,б,в — от ба г — от элект 220 В; д — схе структуры со рами; е — оф со световой ин транзисторах о индикацией и а исторных проб аккумулярат с пьезогенера 2 — корпус; 3 прибор магнито 7 — корпус цв глазок над свет корпуса; 11 — рок



...и жидкостях
...возможности
...Всё это
...разместить в к...



робочке, продрав в ней отверстия для проводов и электролампочки. Пластмасса, дерево, картон — предпочтительные материалы для коробочки. Провода для пробника пригодны любые. Главное, чтобы они были в изоляции. Но многожильный провод долговечнее одножильного, который будет ломаться при частом применении пробника. Специальные щупы для этого пробника не требуются. Достаточно на 2...4 мм очистить от изоляции свободные концы проводов.

Электролампочка — не обязательный элемент схемы этого пробника. Ее с успехом заменят телефонная трубка, наушники или радиоточка. В момент приложения щупов к проверяемому участку раздается характерный треск, если, конечно, электроцепь устройства цела (рис. 13, б).

Вместо электролампочки с успехом используют один из измерительных приборов (рис. 13, в) с резистором, который ставят для ограничения электротока, идущего через прибор. Причем эти приборы должны быть магнитоэлектрического типа постоянного тока. В миллиамперметре повышение чувствительности обеспечивают удалением шунта. А в вольтметре устраняют добавочный резистор, припаяв к контактам проводник.

Если есть выбор, то для пробника лучше взять миллиамперметр с диаметром шкалы в 65...80 мм и предельным показанием шкалы в 100 мкА... 1 мА. Перед удалением шунта проверьте отклонение стрелки прибора по шкале. Иногда придется подбирать другой шунт, который бы устранил удары стрелки об ограничитель шкалы.

Наш пробник с измерительным прибором фактически является и омметром, ибо им можно определить не только место обрыва проверяемой цепи, но и пример-

ное сопротивление этой цепи. Кстати, в качестве измерительных пробников пригодны и головки, измеряющие в магнитофонах уровень записи.

Сопротивление резисторов для ограничения силы тока рассчитывают как отношение напряжения элемента питания к току полного отклонения стрелки прибора. Например, для элемента в 1,5 В и при токе отклонения стрелки на всю шкалу в 1 мА резистор должен иметь сопротивление 1,5 кОм. После сборки омметра резистор можно подобрать точнее путем подключения к рассчитанному резистору параллельно еще одного. Сопротивление этого резистора берется в несколько раз большим, когда стрелка прибора не достигает конца шкалы. Но если стрелка зашкаливает, то сопротивление резистора в несколько десятков раз уменьшают.

В некоторых случаях, несмотря на наличие делений на шкале, ее приходится повторно градуировать. На необходимость этого укажут контрольные замеры сопротивлений величиной в 100 Ом, 1 кОм и т.п. Промежутки между отмеченными положениями стрелки делят по окружности на равное число частей. Чем больше будет сопротивлений для контрольных проверок и чем меньше будут промежутки без отметок, тем точнее градуировка шкалы.

Источники тока для пробников первой группы — не менее разнообразны, чем сигнализаторы. Когда нет батареек для карманного фонарика, используют аккумуляторы, радио- и осветительную сеть. Но тогда соблюдение правил техники безопасности обязательно во избежание смерти!!!

Для пробника с источником питания от осветительной сети (рис. 13, г) с напряжением в 127 или 220 В все элементы берутся из материалов, предназначенных для этой сети: электролампа, патрон, провод, вилка. Удобнее пробник смонтировать в коробке из непроводящего материала. Это, в частности, устраним опасность взрыва колбы в моменты функционирования пробника. Если же все элементы пробника открыты, то электролампу прячут в пластмассовый стаканчик или хотя бы надевают на нее картонный четырехгранник, в котором она продается. При этом открытую часть упаковки со стороны колбы не направляйте ни на себя, ни на другого человека. Для уменьшения размеров пробника можно применить патрон и лампочку от холодильника или швейной машины. Шнуры и провода для

Рис. 13. Пробники с разнообразным питанием для проверки целостности обесточенной электроцепи: а, б, в — от батарейки для карманного фонарика; г — от электросети с напряжением в 127 В или 220 В; д — схема пробника на транзисторах разной структуры со световой индикацией и аккумуляторами; е — оформление транзисторного пробника со световой индикацией; ж — схема пробника на транзисторах одинаковой структуры со световой индикацией и аккумуляторами; з, и — схемы транзисторных пробников со звуковой индикацией на аккумуляторах; к — искровой пробник типа «Тест» с пьезогенератором; 1 — проволоочный патрон; 2 — корпус; 3 — наушник; 4 — резистор; 5 — прибор магнитоэлектрического типа; 6 — розетка; 7 — корпус цангового карандаша; 8 — щуп; 9 — глазок над светодиодом; 10 — проводящая часть корпуса; 11 — зажим типа «крокодил»; 12 — ку-

пробников от осветительной сети приме-
няют следующих марок: ШВП-1, ШПС,
ПВС, ШВВП и т.д. Так как эти провода и
шнуры довольно трудно приобрести в ма-
газине, то используют остающиеся от
пришедших в негодность утюга, электро-
плитки и т.п. Щупы к концам проводни-
ков не обязательно приделывать. Из-под
изоляции проводника жилы могут высту-
пать на 1...2 мм. Сама изоляция провод-
ников от обнаженных окончаний на дли-
не в 100...150 мм покрывается в несколько
слоев прорезиненной электроизоляцион-
ной лентой. Но когда щупы предназначе-
ны для проникновения к точкам, распо-
ложенным не на поверхности, то их конст-
руируют несколько иначе. Для первого
варианта можно использовать цанговые
карандаши. Из них изымают внутренно-
сти. Через цангу пропускают обрезок
медной проволоки с диаметром, равным
диаметру грифеля. Длина обрезка должна
быть такая, чтобы после припайки жилы
проводника место припайки «скрылось»
внутри пластмассового корпуса. Из цанги
обрезок может выглядывать на несколько
миллиметров. Недостаток этого варианта
в том, что цанги можно охватить пальца-
ми и ток «двинется» через тело.

Пробниками с источником питания от осветительной сети с напряжением в 17 или 220 В разрешается пользоваться только внутри сухих помещений вдали от заземленных устройств (трубы водоснабжения, трубы и батареи отопления и т.п.). Человек при этом должен стоять на резиновом коврике. Другой вариант щупов напоминает щупы указателя напряжения или контрольной лампы (рис. 13, г). Вытачивают из пластмассы две трубки с фланцами. В каждую из трубок вводят и закрепляют латунный или медный стержень диаметром до 3,5 мм, к которому припаяна жила проводника. Сам спай располагают внутри пластмассовой трубки. Стержни из трубок могут выступать на нужную величину, скажем до 180 мм. При работе внутри устройства это не вызовет случайных контактов потому, что на стержни надевают поливинилхлоридные или резиновые трубки. Из этих трубок стержни выступают всего на 2...3 мм.

Пробником с источником питания от осветительной сети можно проверять электроцепи, тоже рассчитанные на это напряжение, то есть бра, люстры, утюги, пылесосы и т.п. Но для выверки монтажа телефона, радиоточки этот пробник использовать нельзя, ибо их детали рассчитаны на напряжение величиной всего в

30 В. На радиоприемниках, телесвизорах, магнитофонах подобным пробником проверяют целостность лишь двух подводящих проводов и то, когда их можно отделить благодаря специальному разъему от названных устройств. Несоблюдение этих рекомендаций приведет к сгоранию элементов проверяемого участка электроцепи.

Для «прозвонки» радиосхем конструируют пробник, источником питания которого являются два аккумулятора: Д-0,06 или Д-0,07, соединенных последовательно (рис. 13, д). В пробнике три маломощных транзистора, два резистора, светодиод и источник питания (рис. 13, е).

В исходном состоянии все транзисторы закрыты, ибо на их базах относительно эмиттеров нет напряжения смещения. Если же соединить между собой выводы к электроду и к зажиму, в цепи базы транзистора VT1 потечет ток, сила которого зависит от сопротивления резистора R1. Транзистор откроется, и на его коллекторной нагрузке R2 возникнет падение напряжения. В результате — открытие транзисторов VT2 и VT3. Тогда через светодиод HL1 потечет ток, и светодиод загорится.

Пробник обладает высокой чувствительностью при максимальной силе тока всего в 0,3 мА, протекающего через измерительную цепь. Его монтируют в маленькой пластмассовой коробочке, которую крепят к ремешку от наручных часов. Снизу к ремешку, против корпуса, прикрепляют металлическую пластину-электрод, соединенную с резистором R1. Когда ремешок на руке застегнут, электрод прижат к ней. Теперь пальцы руки будут выполнять роль щупа пробника. При использовании металлического браслета вместо не проводящего ток ремешка пластины-электрода не понадобится. Вывод резистора R1 соединяют с браслетом.

При пользовании пробником его зажим типа «крокодил» подсоединяют к одному из концов проводника в жгуте, второй конец находят, касаясь пальцами поочередно концов проводников с другой стороны жгута. Об этом «возвестит» свечение светодиода. Иногда палец не пройдет к нужному месту проводника. В этом случае между пальцами берут обрезок медной проволоки диаметра 2...3 мм. Это фактически щуп, на среднюю часть которого натягивают изолирующую трубку. Между щупом и «крокодилом» оказывается включенным сопротивление проводника и руки, и тем не менее проходящего через эту цепь тока достаточно.

Транзис
КТ315 со
передачи т
другие, кр
ветствующие
том переда
для УТЗ.

Светодиодной люминесцентной лампой мощностью 5 мВт экономичнее, яркости светит, растет в неции.

Выключа
ров в пробн
исходном со
ты. Ток пот
мерим с токе
тания. Друг
зисторах оди
Он состоит
лей по срав
Но его вход
них электро
приводят к л
диода. В про
евые транзис
ют малый об
роком диапа
навливают тр
передачи ток
ление пробн
Повышение
целесообразн
ности вспыш
наводок и п
вызванных, н
стью монтажи
ройства.

Пробники
(рис. 13, з, и
приведенных.
перерывах в
читать источник
этих пробник
онной планке
виде наручны
няют металли
Один

Один из пр
ковой индика
тельного элект
сторах VT1, V
чистоты. Посл
рах VT2, VT3
телефоне BF1.
тора равна ча
наиса телефона
влияние навод
боту индикатор

Транзистор VT1 берут любой из серии КТ315 со статическим коэффициентом передачи тока не менее 50, VT2 и VT3, другие, кроме указанных на схеме, соответствующей структуры и с коэффициентом передачи не менее 60 для VT2 и 20 для VT3.

Светодиод АЛ102А обладает малой яркостью свечения, потребляя ток приблизительно 5мА. Зато у светодиода АЛ102Б экономичность меньшая из-за большей яркости свечения. Потребляемый ток возрастает в несколько раз в момент индикации.

Выключатели питания от аккумуляторов в пробнике отсутствуют, поскольку в исходном состоянии транзисторы закрыты. Ток потребления ничтожен. Он соизмерим с током саморазряда источника питания. Другой пробник собирают на транзисторах одинаковой структуры (рис. 13, ж). Он состоит из большего количества деталей по сравнению с предыдущей схемой. Но его входная цепь защищена от внешних электромагнитных полей, которые приводят к ложному вспыхиванию светодиода. В пробнике вмонтированы кремниевые транзисторы серии КТ315. Они имеют малый обратный ток коллектора в широком диапазоне температур. Когда устанавливают транзисторы с коэффициентом передачи тока 25...30, входное сопротивление пробника составляет 10...25 мОм. Повышение входного сопротивления целесообразно из-за возрастания вероятности вспышек индикатора от внешних наводок и посторонних проводимостей, вызванных, например, грязной поверхностью монтажной платы проверяемого устройства.

Пробники со звуковой сигнализацией (рис. 13, з, и) менее экономичны ранее приведенных. Поэтому при длительных перерывах в работе в них следует отключить источник питания. Детали одного из этих пробников монтируют на изоляционной планке в металлическом корпусе в виде наручных часов, с которыми соединяют металлический браслет.

Один из пробников (рис. 13, з) со звуковой индикацией состоит из чувствительного электронного ключа на транзисторах VT1, VT4 и генератора звуковой чистоты. Последний собран на транзисторах VT2, VT3 и миниатюрном головном телефоне BF1. Частота колебаний генератора равна частоте механического резонанса телефона. Конденсатор C1 снижает влияние наводок переменного тока на работу индикатора. Резистор R2 ограничи-

вает ток коллектора транзистора VT1, а значит, и ток эмиттерного перехода транзистора VT4. Резистором R4 устанавливают наибольшую громкость звучания телефона. Надежность работы генератора при изменении питающего напряжения обеспечивает резистор R5. Звуковым излучателем BF1 может быть любой миниатюрный телефон, например ТМ-2, имеющий сопротивление 16...150 Ом. В качестве источника питания используют аккумулятор Д-06 или элемент РЦ53. Транзисторы монтируют кремниевого типа с коэффициентом передачи тока не менее 100 и обратным током коллектора не более 1 мкА.

Искровым пробником ТЕСТ (рис. 13, к) обнаруживают неработоспособные свечи зажигания. Для этого несколько раз нажимают на курок. Вспышки сигнальной лампы и характерный треск искровых разрядов «возвестят» о исправности свечи. Когда щупом пробника не добраться до свечи, применяют переходной гибкий соединитель с зажимом типа «крокодил». Питание пробника осуществляют от пьезогенератора, находящегося внутри корпуса. Мощность пьезогенератора не менее 4 кВт. Габариты пробника — 145×95×30 мм, масса — 0,2 кг.

Ко второй группе относятся пробники для определения наличия напряжения в проводниках, для нахождения фазного провода при подключении выключателей, патронов и т.п. Эти пробники, в свою очередь, делят на одно- и двухполюсные. Первые выполняют по типу авторучки и используют в основном в бытовых электроустановках, называя индикаторами-отвертками (рис. 14, а, б).

Таблица 1
Индикаторы-отвертки

Тип	Проверяемое напряжение, В	Размеры: диаметр × длина, мм
ИН-1	100 ... 380	14 × 120
ИН-91	127 ... 380	18 × 129
МН110-380В	110 ... 380	—
ИНО-70	100 ... 400	—

Действие индикатора-отвертки основано на свечении неоновой (газоразрядной) лампы при протекании через нее емкостного тока. Чтобы ограничить ток, попадающий на лампу, перед ней монтируется резистор сопротивлением в 1 мОм. Этот резистор и предотвращает превращение тлеющего разряда в газе лампы в

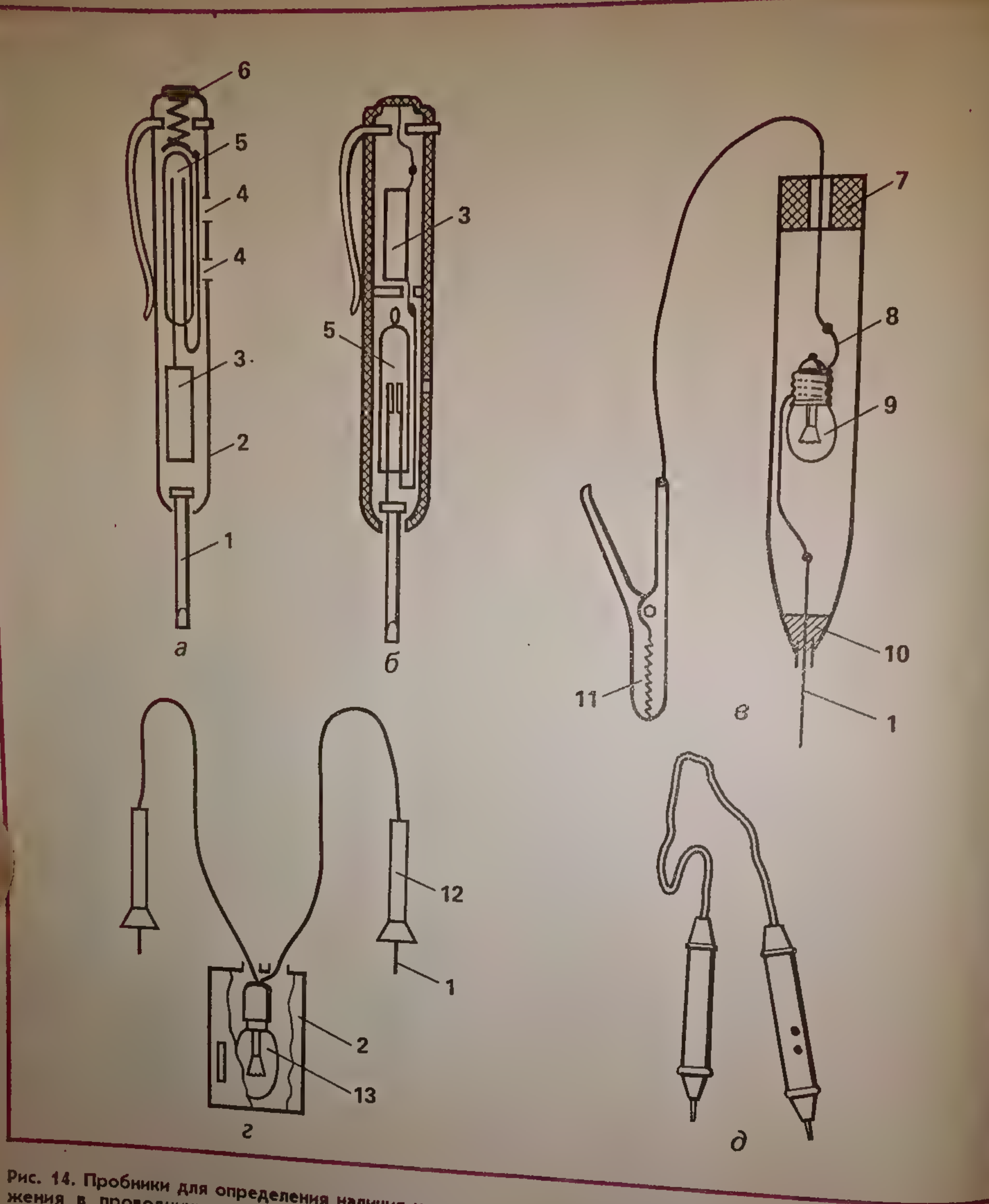


Рис. 14. Пробники для определения наличия напряжения в проводниках: а — индикатор-отвертка ИИ-1; б — самодельная индикатор-отвертка; в — авто- и мотопробник; г — контрольная лампа; д — указатель напряжения; 1 — щуп; 2 — корпус из непроводящего материала; 3 — резистор; 4 — газовая лампа; 5 — газоразрядная лампа; 6 — металлический колпачок; 7 — пробка; 8 — проволоочный пате-ток; 9 — электролампа; 10 — клей (застывший сгу-тель); 11 — зажим типа «крокодил»; 12 — держа-тель; 13 — электролампа в 220 В

пробойное. Для индикатора ИИ-91 ис-пользуют лампу ИИ-3.

Для пользования индикатор рукояткой вставляют между указательным и сред-

ним пальцами руки. Большим пальцем надавливают на колпачок рукоятки. Тело человека начинает выполнять роль зазем-лителя, когда отверткой касаются поверх-ности, по которой протекает электроток. Даже при напряжении в проводнике до 380 В через индикатор, а потом тело чело-века протекает ток слишком малой силы, чтобы повредить. В этом и плюс и минус. Плюс, как отметили, в безопасности человека, а минус в том, что неоновая лампочка приблизительно одинаково свет-ится как при напряжении 100 В, так и при 220 В. То есть при поисках обрыва электрической цепи нельзя без вольтмет-

ра или действии пи или водств, ров явл отличимеюс лежнос фазам» черкива первичи ротока да конт сильной примени А чтобы рых тип 50 мм, н жень от ляционн выступа Само отвертку ручки и ламп. Дл мают ал соединяк водника оставив одному ют резист Чем бол будет све резисторе ки. К эт места рас делать от вставляю метру мет поршнево луса зара лампы и няют пайк резистора корпуса а катор ф 50...220 В Для а предлож но той же отыскиваю освещения и т.п. Отли дущего в то зоразрядну ное напря Один провс щупу, друг мом типа «н ной электр

7
8
9
10
1
ра или контрольной лампы определить действительное напряжение в электроцепи или, как говорится в одном из руководств, «недостатком подобных индикаторов является то, что с их помощью нельзя отличить нейтраль от фазного провода, имеющего обрыв, или определить принадлежность проводов к одной или разным фазам». Индикатор-отвертка, снова подчеркиваю, спасла немало жизней при первичном определении наличия электротока на деталях электроустановок, когда контрольная лампа оказывается бессильной. Отвертку индикатора, конечно, применяют только как окончание щупа. А чтобы этим щупом, который у некоторых типов индикаторов достигает длины в 50 мм, не совершить замыкание, на стержень отвертки натягивают трубку из изоляционного материала так, чтобы металл выступал всего на 2...3 мм.

Самому можно изготовить индикатор-отвертку из отслуживших свой срок авторучки и стартера для люминесцентных ламп. Для этого отгибают лепестки и снимают алюминиевый стакан стартера, отсоединяют от контактных ножек два проводника неоновой лампы и снимают ее, оставив конденсатор на панели. Далее к одному из концов проводника припаивают резистор сопротивлением в 100...200 кОм. Чем больше сопротивление, тем меньше будет свечение лампы, которую вместе с резистором вставляют в корпус авторучки. К этому моменту в корпусе против места расположения лампы следует проделать отверстие. Вместо пера и его опоры вставляют хорошо подобранный по диаметру металлический стержень. Ясно, что поршневой механизм или пипетку из корпуса заранее удаляют. Свободный конец лампы и металлический стержень соединяют пайкой или на резьбе, второй конец резистора — с металлическим колпачком корпуса авторучки. Самодельный индикатор функционирует в диапазоне 50...220 В переменного напряжения.

Для авто- и мотолюбителей можно предложить пробник (рис. 14, в) примерно той же конструкции. С его помощью отыскивают неисправности в электроцепи освещения, генератора, реле-регулятора и т.п. Отличие этого пробника от предыдущего в том, что здесь используют не газоразрядную, а обычную лампу на нужное напряжение в диапазоне 6...12 В. Один провод от лампочки подсоединяют к щупу, другой (длинный) оснащают зажимом типа «крокодил». Для проверки нужной электроцепи «крокодилом» захватыва-

ют зачищенное место корпуса. Щуп после этого прикладывают к исследуемому проводу цепи. Если лампочка вспыхивает, цепь в порядке.

Преобладающее число электриков-профессионалов при ремонте электросети в бытовых помещениях пользуются контрольными лампами (рис. 14, г). Хотя это строго-настрого запрещается правилами техники безопасности. Разрешено применять лишь указатели напряжения (рис. 14, д), другие специальные приспособления. Но разрешенное обычно отсутствует, да и не всегда ими удобно обнаружить наличие электротока.

Можно ли малосведущему в электрике человеку применять контрольную лампу (рис. 14, г)? Считаю, что безопаснее ее использовать, чем лезть в воду, не зная броду. Чтобы эту безопасность осуществить на практике, следует соблюсти ряд условий.

1. Контрольную лампу пускать в дело только до электросчетчика.

2. На руки «контролер» должен надеть диэлектрические перчатки, натянув их рукава на рукава одежды. Эти перчатки в сухом помещении в некоторой степени заменят хозяйственные резиновые перчатки.

3. Стоять «контролеру» разрешается только на сухом диэлектрическом коврике или сухой диэлектрической дорожке. Допустимо их заменить хозяйственным резиновым ковриком, который нужно сложить вдвое и поместить на сухой деревянной доске. Надобность в доске отпадает, когда под резиновым ковриком есть сухой деревянный пол или пол, устланный линолеумом.

4. Контрольную лампу следует поместить в коробку из изоляционного материала с прорезью для светового сигнала. Сетчатый металлический чехол предохраняет лампу от ударов, но при взрыве колбы лампы мелкие осколки могут поразить глаза, кожу...

5. Два проводника к патрону лампы нужно ввести в коробку через разные отверстия. Это исключит замыкание между проводниками, когда их изоляцию переструт кромки отверстий. Поэтому в отверстия для проводников хорошо бы вставить и закрепить пластмассовые втулки со скругленными краями. Длину проводников из каждого отверстия делают не менее 1 м. Когда проводят проверку наличия напряжения, коробка с лампой должна висеть на проводниках. Если эту проверку проводят вблизи пола, то коробку с лам-

пой отодвигают от себя на возможно дальнее расстояние. Сами шнуры и провода для проводников выбирают вышеописанного типа, т.е. ШВП-1, ШПС и т.п.

6. Держатели щупов проводников изготавливают из пластмассы так, как это описывалось ранее. Фланцы на щупах исключают попадание пальцев на токонесущие части установок, да и на обнаженные концы металлических щупов, вставленных в эти держатели.

7. Контрольную лампу оснащают электролампой напряжением в 220 В. Бывает, и при этом напряжении колба лампы после прохождения по ней тока взрывается. Поэтому всегда следует отворачиваться от любой лампы в момент включения. Ну, а если на лампу подать, например, 380 В, то колба сразу разлетится. Отсюда и рекомендация: запрещается пользование контрольной лампой за пределами электросети, «обслуживаемой» электросчетчиком!!!

Так, на этажном электрощитке, куда выходит проводка из квартиры к электросчетчику в современных многоэтажных домах, неумелый жилец щупами контрольной лампы как раз и «поймает» 380 В. То же может произойти и на электровводах в одноэтажный сельский дом.

Ножи монтерские для электриков

Их (рис. 15, табл. 2) выпускает промышленность. Ножи предназначены в основном для снятия изоляции и зачистки оголенных жил на проводах и кабелях при электромонтажных работах.

Таблица 2
Ножи монтерские

Обозначение	Габариты, мм			Масса, кг
	длина	ширина	толщина	
НМ-2	191	35	2,0	0,15
НМ-3	205	24	1,1	0,17
Б-3	220	25	1,5	0,16

Серийно производимые ножи преимущественно складные. Они имеют фиксаторы, предохраняющие от произвольного складывания. Лезвия ножей изготавливают из инструментальной стали, остальные металлические детали — из конструкционной. Термообработка придает лезвию твердость по HRC₅ = 50...55. Эта твердость — чуть меньше твердости напильника.

Отличие монтерского ножа от ножей другого назначения в том, что щечки или оболочка рукоятки сделаны из электроизоляционного материала. Требование техники безопасности направлено на предохранение жизни работающего.

Нож марки Б-3 по форме напоминает нож НМ-2, но он не складной.

Монтерский флотский нож (рис. 15, в) однолезвийный, с неподвижной отверткой. Его обух волнистый, заточенный для снятия изоляции кабеля. Оболочка рукоятки ножа пластмассовая. Длина ножа в сложенном состоянии 113 мм.

Монтерский трехпредметный нож (рис. 15, г) двухлезвийный. Одно из лезвий имеет волнистый заточенный обух. Отвертка тоже «прячется» между щечками рукоятки.

Специальный монтерский нож марки НК (рис. 15, д) — для снятия изоляции с кабеля. Он разрезает, скажем, пластмассовую изоляцию по линии, параллельной продольной оси кабеля. Глубина надреза изоляции изменяема с помощью винта в пятке ножа.

Нож марки «Электрон» интересен конструкцией. Он снабжен набором инструментов для монтера-электрика. Если плоскогубцы намертво присоединены к рукоятке, то буравчики, стамеска и другие инструменты по необходимости подсоединяют к рукоятке (рис. 15, е). Самой рукоятке придана изящная форма, и на щеках нанесено несколько шкал делений. Недостаток ножа — в электропроводящей рукоятке из алюминия. Владельцу ножа рукоятку следует сделать не токопроводящей.

Монтерские ножи редко бывают в продаже. Умелец найдет им замену. Ножи другого назначения приспособливают под монтерские. Обломок столового ножа с рукояткой, например, или ланцет вполне для этой цели пригодны. Каким же условиям должен удовлетворять монтерский нож?

1. Не токопроводящая рукоятка (два-три слоя изоляционной ленты изменяют качества металлической рукоятки) длиной более 100 мм (рис. 15, ж).

2. Чем прямолнейней лезвие, тем проще снимать им изоляцию провода или кабеля.

3. Лезвие без зазубрин и заусениц, имеющее двухстороннюю заточку, образующую острый угол в 30...40°.

Провода, используемые при монтаже и ремонте в квартире и индивидуальном доме, состоят из оболочки-изоляции и металлической жилы или металлических жил.

Рис. 15. Ножи: а — флотский; б — «Электрон»; в — фиксатор; 3 — нож; 6 —

Отделение дения после дача. Здесь ментов.

1. Толщина входов в или жилы, Впрдъ, что упоминать л

2. При ос вода где-то дует двигать саясь смежна ошибка

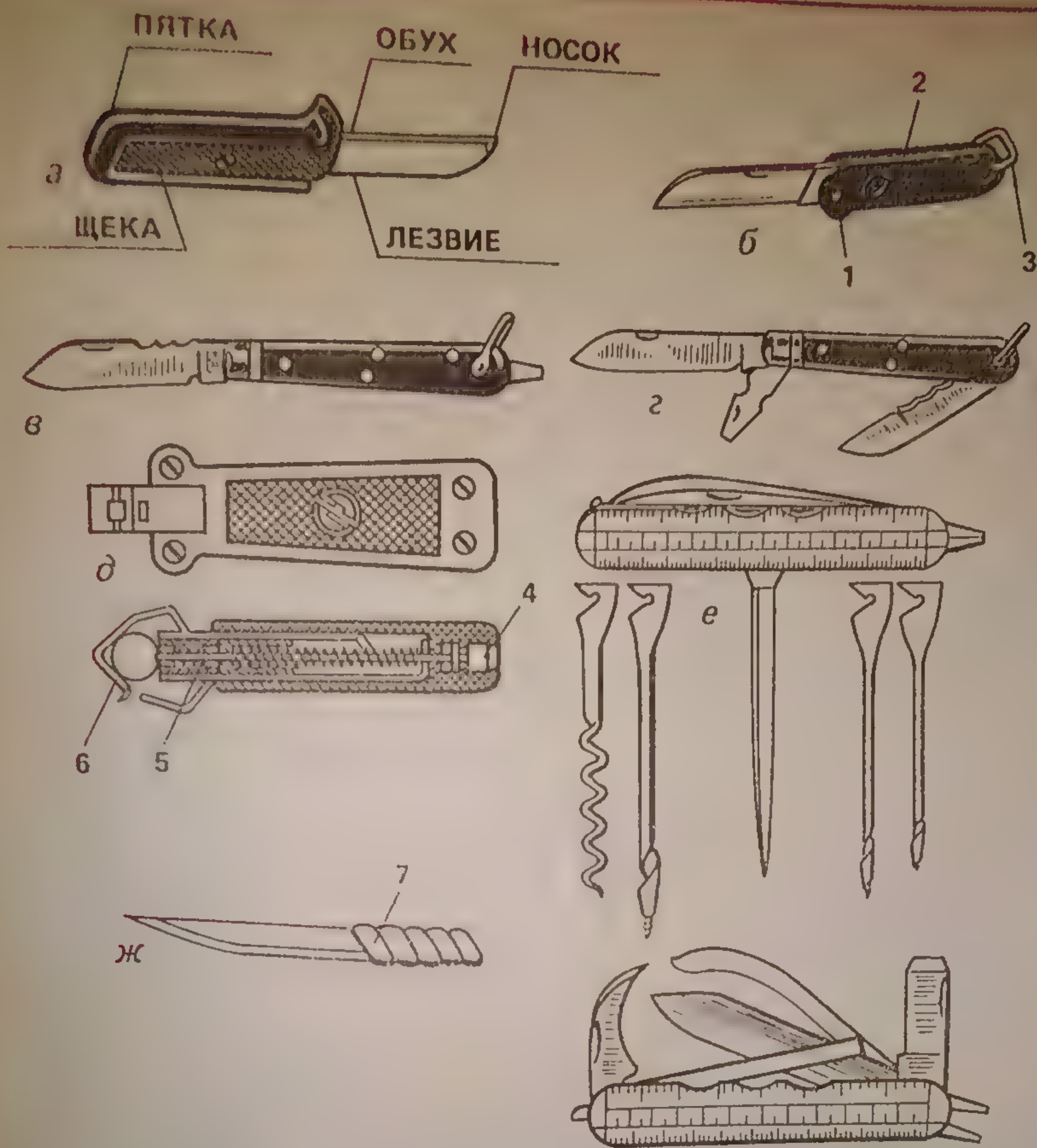


Рис. 15. Ножи монтерские: а — НМ-2; б — НМ-3; в — флотский; г — трехпредметный; д — НК; е — «Электрон»; ж — самодельный; 1 — штифт; 2 — фиксатор; 3 — скоба; 4 — регулировочный винт; 5 — нож; 6 — кабель; 7 — изоляция

Отделение изоляции от жилы без повреждения последней — совсем не простая задача. Здесь следует учесть несколько моментов.

1. Толщина жилы, определяемая количеством квадратных миллиметров (мм^2), входящих в ее сечение. Чем тоньше жила или жилы, тем сложнее снять изоляцию. Впредь, чтобы избежать повторов, буду упоминать лишь одножильные провода.

2. При освобождении от изоляции провода где-то между его концами нож следует двигать от себя (рис. 16, а), лишь касаясь смежной поверхности жилы. Обычная ошибка — снятие стружек с жилы.

Чтобы этих стружек было поменьше, во-первых, провод выпрямляют в месте вскрытия; во-вторых, носок полотна ножа должен все время опережать рукоятку, и чем значительнее это опережение, тем менее повреждение жилы (вид Б, рис. 16); в-третьих, увеличение угла между плоскостью, проходящей через полотно ножа, и плоскостью, вбирающей сечение жилы под прямым углом к ее оси, тоже снизит «увечья» жилы (вид А, рис. 16, а).

3. Снятие изоляции с конца провода сечением свыше 3 мм^2 станет менее трудоемким, когда к торцу жилы приставить подушечку большого пальца (рис. 16, б), а остальными пальцами зажать рукоятку ножа. Полотно ножа затем осторожно двигают к большому пальцу, снимая лезвием изоляцию в виде стружек, если изоляция прилипла к жиле. Пальцами левой руки в это время придерживают провод.

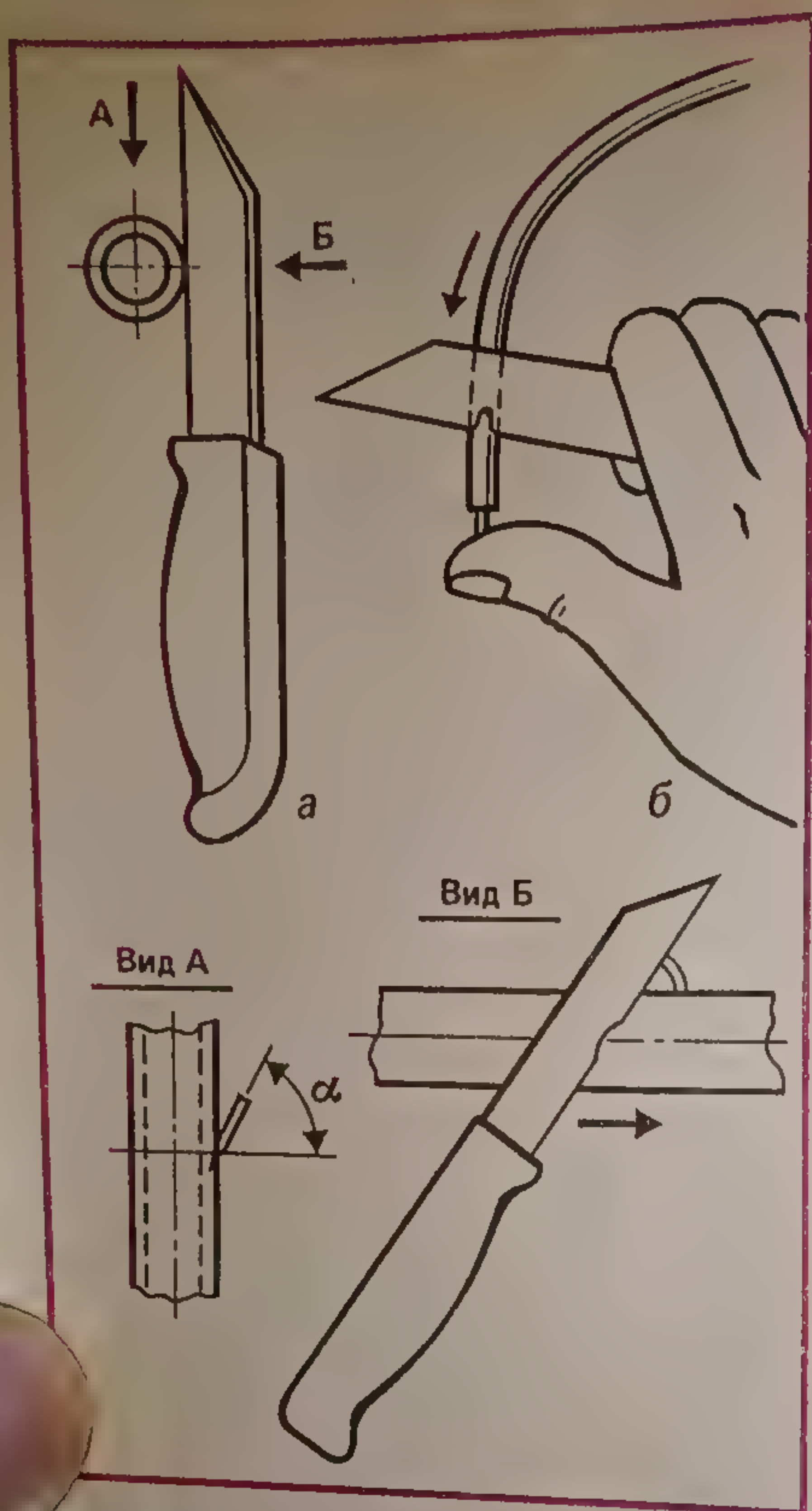


Рис. 16. Приемы пользования монтерским ножом при снятии изоляции с провода: а — между концами; б — с конца

Кусачки

По назначению кусачки можно разделить на три группы. К первой отнесем торцовые кусачки. Ими перекусывают проволоку диаметром до 3 мм, гвозди, тонкий листовой материал и т.п. (рис. 17).

Кусачки торцовые по ГОСТ 7282—75, мм

Обозначение						
без изоля- ции руко- яток	с изоля- цией руко- яток	Л	Л1	а	б	б1
7814-0121	7814-0122	125	13	20	22	10
7814-0123	7814-0124	160	16	26	26	12
7814-0125	7814-0126	180	18	28	30	14
7814-0127	7814-0128	200	20	30	34	16
7814-0401	7814-0402	250	25	36	36	18

Пример условного обозначения кусачек длиной $L = 200$ мм с шероховатостью поверхности по группе 1 с покрытием Х9.6, без изолирующих рукояток: кусачки 7814—0127 1 Х9.6 ГОСТ 7282—75.

То же, с изолирующими рукоятками:
кусачки 7814—0128 1 X9.6 ГОСТ 7282—75.

15. Кусачки с изоляцией рукояток (рис. 17, г) в основном предназначены для электро-монтажных работ. Они предохраняют руку человека от попадания на нее электро-тока. Но эта изоляция пробивается, если человек находится в сыром помещении. Любые кусачки превращают в электро-монтажные, когда надевают на их рукоятки резиновые или пластмассовые трубки.

Рычаги кусачек изготавливают из сталей марок У7, У7А, 7ХФ, 8ХФ или из стали других марок с механическими свойствами в термически обработанном состоянии не ниже чем у перечисленных сталей. Для оси кусачек используют сталь марки 20 или стали других марок с механическими свойствами не ниже чем у стали 20. Конечно, рычаги кусачек самому выпилить — слишком трудоемкая задача. Зато без замены оси (рис. 17, д) при частом применении кусачек не обойтись.

Чтобы ось меньше изнашивалась, следует ее смазывать, как и контактирующие поверхности рычагов. Если рычаги начинают болтаться на оси, нужно последнюю раздать. Для этого ось кусачек и их параллельные плоскости поочередно укладывают на массивное металлическое или бетонное основание. Бородок ставят (рис. 17, е) в центр оси или рядом с ее окружностью и сильными ударами молотка по нему создают впадины или впадину. То же делают и на противоположной торцовой стороне оси. Если «мероприятие» не выбрало зазора между осью и отверстиями рычагов, то ее выверливают. Новую ось предпочтительно выточить на токарном станке из-за нужной конической части. Сталь оси примерно такая же, как у гвоздя. Из него и делают ее расклепкой с обеих сторон. В процессе поворотов рычагов периодически проверять га. Можно выпилить ось из такого стального стержня, чтобы получить одну из конических частей оси. Но это трудоемкая и требующая определенного навыка работа. Не возбраняется добыть новую ось из медного или латунного стержня, когда кусачками будут редко пользоваться. Бе-

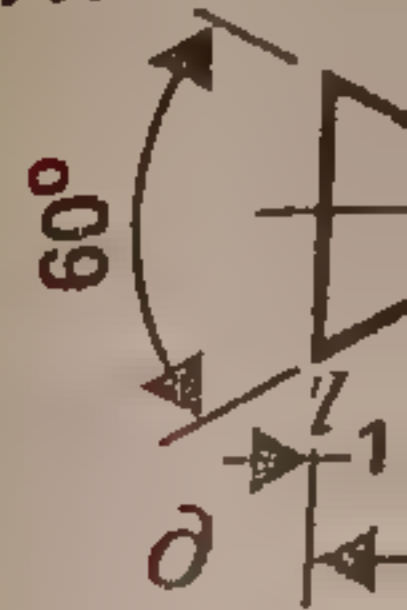
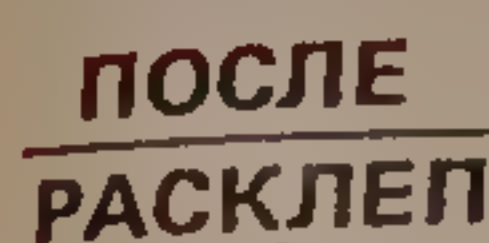
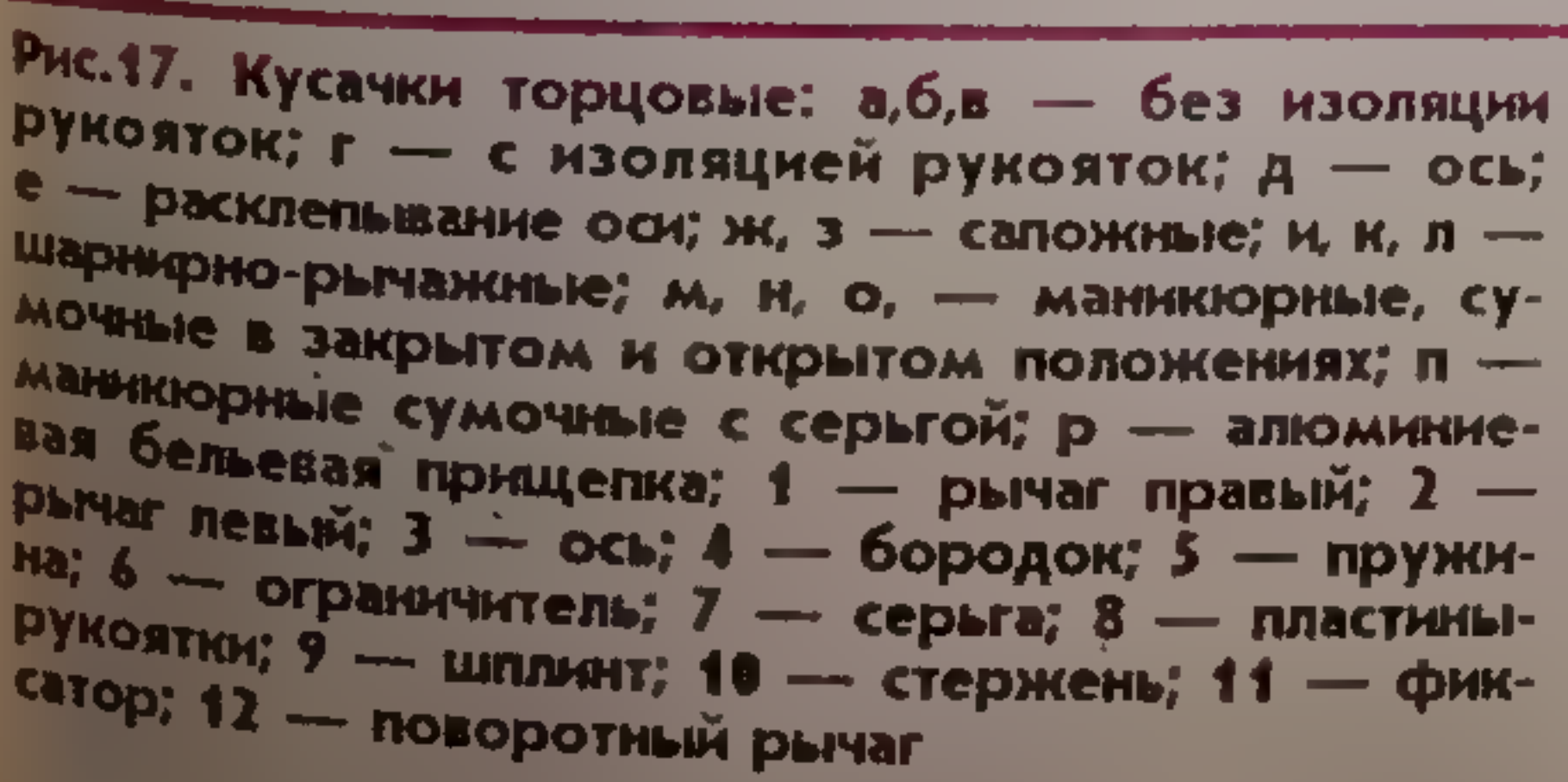


Рис. 17. Кусачки
рукояток; г —
е — расклепывани
шарнирно-рычаж
мочные в закрыт
маникюрные сум
вая бельевая при
рычаг левый; 3 —
на; 6 — ограничи
рукоятки; 9 — шп
сатор; 12 — повор

да в том, что при
ной проволоки лату
меди или рычагов
лия и у рычагов ка
гу возникнет ка
ботки твердости
достигает тверде
рядка твердости



Ось торцовых кусачек по ГОСТ 7282—75, мм

С любым инструментом нужно обращаться на «вы».

По отношению к кусачкам это означает, что следует ими «кусать» лишь мягкую стальную проволоку диаметром до

По отношению к кусачкам это означает, что следует ими «кусать» лишь мягкую стальную проволоку диаметром до

1 мм. Сталистую твердую проволоку всякого диаметра перебивают бойком молотка, кладя проволоку, предположим, на что-то стальное, имеющее угол (уголок стальной, обух топора и т.п.). Проволока скорее сдастся, когда ее в нужном месте перегнут.

Внешний вид стальной сталистой проволоки бывает обманчив. Дело в том, что для наружных воздушных линий связи применяют оцинкованную стальную проволоку. Поэтому, перед тем как использовать кусачки, следует заглянуть в торец конца проволоки.

Чем прочнее и крупнее перекусываемый материал, тем ближе к середине режущих кромок губок его следует размещать.

Лишь при бережном отношении к кусачкам сохраняются их качества: 1) при сжатых рукоятках кусачек лезвия губок контактируют вплотную, зазор между ними более 0,1 мм недопустим; 2) соединение в шарнире обеспечивает плавное движение рычагов; зазор в шарнире между рычагами в диаметральном направлении допустим не более 0,3 мм на сторону для кусачек длиной 125 и 160 мм и 0,4 мм на сторону для кусачек длиной 180, 200 и 250 мм; 3) смещение торцов губок кусачек относительно друг друга по направлению оси шарнира допустимо не более 0,3 мм для кусачек длиной 125 мм; 0,4 мм для кусачек длиной 160, 180, 200 и 250 мм; 4) изоляция на рукоятках кусачек для электромонтажных работ.

В бережное отношение к кусачкам входит и применение их по прямому назначению. Они не должны заменять ломик, молоток и клещи. Отсюда и вопрос: а как следует держать кусачки? В момент перекусывания ладонь обычно охватывает рукоятки. Только мизинец оставляют между рукоятками для их разведения. При частом пользовании кусачек в помощь мизинцу отправляют безымянный и даже средний пальцы. На кусачках давления и защемления кожи ладони в месте схождения рычагов до перехода их в плотностные участки. Тогда зазор в этом месте был меньше, чем на современных кусачках. Поэтому на «древних» кусачках предпочтительно размещать ладонь поближе к концам рукояток.

Сапожные кусачки (рис. 17, ж) отличаются от вышеописанных более массивными рукоятками и губками. Некоторые владельцы таких кусачек пробуют перекусывать, например, гвозди крупных раз-

меров. А так как подобный гвоздь не у шляпки можно захватить лишь боковыми концами губок (рис. 17, з), это ведет к их выкрашиванию и деформации оси. Рычаги кусачек начинают качаться относительно друг друга, что тоже было отмечено ранее. Качку уменьшают расклепкой выступающих частей оси, которая в этих кусачках не заподлицо с плоской частью рукояток. А выкрашивание губки или губок уже ничем не восстановишь.

К торцовым кусачкам относят и шарнирно-рычажные кусачки (рис. 17, и). У них сдвоенные рычаги, значительно увеличивающие давление губок при условии, что человек применяет то же усилие, какое он прилагал в однорычажных кусачках. Крупный недостаток этих кусачек в том, что их штампуют из стального листа. Губки по прочности не идут ни в какое сравнение с массивными губками однорычажных кусачек. Поэтому при эксплуатации следует быть особенно избирательным. От сталистой проволоки, прошедшей термообработку, губки не просто в одном месте выкрошит. Одну или обе губки разорвут трещины (рис. 17, и). Такие дефекты слабо предотвращают ограничители. Последние выштамповывают при изготовлении кусачек. Иногда вместо выштамповки приклепывают штифты. Ограничители одновременно служат и для насадки ленточной (рис. 17, к) или пружинной (рис. 17, л), разводящей губки после каждого их сжатия. При повторе «родной» пружины легко навить новую или подобрать подходящую. Головки осей шарниров, как и в сапожных кусачках, выступают. Осмотрительная расклепка их позволит убрать возникающие люфты между рычагами. То есть после каждого удара следует проверить возможность взаимного перемещения сопрягаемых рычагов.

Кусачки маникюрные, сумочные торцовые состоят (рис. 17 м, о, п) из двух сваренных пружинных пластинок, имеющих на одном конце вогнутые губки-лезвия. Пластинки контактирует нажимаемый поворотный рычаг. На его внутренней стороне — пилка для ногтей. Рычаги бывают разных форм: с гладко полированной или гравированными рисунками на лицевой стороне. Детали кусачек штампуют из стальной ленты и подвергают термообработке. Поверхность кусачек, за исключением лезвий, имеет никелевое или хромовое покрытие. Губки-лезвия отменно затачивают. Зазор по линии сопряжения недопустим. Соединение всех

деталей печива процесс тивлен что на не дол рины, ком не кусачки

В од кусачек ны вместе так, что угол. Се стинах. гу, огра На нем вой пла рычаг. Д стойны п рят, «бер

При с изоляции 0,6...0,9 м бельевую губках Вкладыв ают при изоляцию руку, то п усилия уд ем концы Ко втор кусачки (р от изоляц алюминис близитель

Кусачки

Обозначение	изоля-ция	руко-ятки
7814—0132	78	
7814—0134	78	
7814—0133	78	
7814—0403	78	
7814—0405	78	

Пример у чек длиной Л роховатости и изоляции рук сачки 7814— То же с изо кусачки 7814 77.

деталей кусачек прочное, без качки, обеспечивает плавное свободное движение в процессе эксплуатации. Рычаг без сопротивления перемещают по стержню. Ясно, что на кусачках по мере использования не должны возникать трещины, зазубрины, перекосы и погнутости. Слишком нежный «материал» обслуживают кусачки.

В одной из конструкций маникюрных кусачек пластины-рукоятки отштампованы вместе и перегнуты пополам (рис. 17, р) так, что между ними возникает острый угол. Серьги фиксируют вырезы на пластинах. Стержень, пронизывающий серьгу, ограничивает раздвигание пластин. На нем «сидит» изящный с перламутровой пластиной нажимной неповоротный рычаг. Да, совершенные конструкции достойны подобной информации. Как говорят, «берешь в руки, маешь вещь».

При отсутствии кусачек для снятия изоляции с провода, имеющего жилу в 0,6...0,9 мм в диаметре, можно применить бельевую алюминиевую прищепку. В ее губках пропиливают два углубления. Вкладывают в них кончик провода. Сжимают прищепку пальцами, перекусывая изоляцию. Если провод намотан на левую руку, то правой рукой с прищепкой не без усилия удалим изоляцию, когда зачищаем концы проводов (рис. 17, с).

Ко второй группе относятся боковые кусачки (рис. 18). Ими очищают провода от изоляции, перекусывают медные и алюминиевые провода диаметром приблизительно до 1...2 мм и т.п.

Таблица 5

Кусачки боковые по ГОСТ 22308—77, мм

Обозначение кусачек		Л	Л ₁	а	в
без изоляции рукояток	с изоляцией рукояток				
7814—0132	7814—0135	125	22	16	9
7814—0134	7814—0136	140	25	18	10
7814—0133	7814—0137	160	28	20	11
7814—0403	7814—0404	180	32	26	12
7814—0405	7814—0406	200	34	30	14

Пример условного обозначения кусачек длиной Л=160 мм с параметрами шероховатости поверхности по группе 1, без изоляции рукояток, с покрытием Х9: кусачки 7814—0133 1 Х9 ГОСТ 22308—77.

То же с изоляцией рукояток (рис. 18, г): кусачки 7814—0137 1 Х9 ГОСТ 22308—77.

Материал и его термообработка для кусачек этой группы такие же, как и для первой группы.

Таблица 6

Ось кусачек боковых по ГОСТ 22308—77, мм (рис. 18, д)

Длина кусачек L	d	l	ll
125	5,0	9	3,0
140	5,5	10	3,0
160	6,0	12	3,5

Требования к бережному отношению к боковым кусачкам в процессе эксплуатации гораздо жестче, чем к торцовым кусачкам. Если «кусать», то только мягкие цветные металлы. Режущие кромки губок в момент получают вмятины от гвоздиков, сталистой проволоки и т.п. Ведь у боковых кусачек губки миниатюрные, удлиненные. Ими удобно снимать изоляцию с проводов. Правда, и для этого нужен навык, чтобы не перекусить, например, провода для охранной сигнализации, телефона или радиоточки. Поэтому перед укладкой подобных проводов следует попрактиковаться на зачистке концов обрезков этих проводов. При этом большим пальцем охватывают рукоятку одного рычага, указательным и средним пальцами — рукоятку противоположного рычага, а мизинцем и безымянным тормозят сведение рычагов кусачек. Важно ощутить момент перекусывания изоляции. Затем следует изменить направление движения губок. Их нужно тянуть вдоль провода, отрывая короткую трубочку изоляции от общей массы. Когда диаметр жилы в пределах приблизительно 0,5...0,8 мм, при срыве изоляции режущие кромки не должны скрести медь жилы. Ибо это, во-первых, уменьшает сечение жилы, и, во-вторых, она будет переламываться в месте «крепкого» среза в продольном направлении.

Анализ бывших в употреблении многочисленных кусачек показывает, что у некоторых из них отломан один из двух концов губок. Конечно, его не восстановить. Опять напомним, что боковые кусачки — не клещи! Затупленным, но не зазубренным, режущим кромкам возвращают молодость заточкой. Правда, две зазубрины или вмятины, расположенные друг против друга на противоположных режущих кромках, бывают полезны, если они не в зоне основного кусания. Эти две противолежащие зазубрины (рис. 18, а) прорежут изоляцию провода. Их смыка-

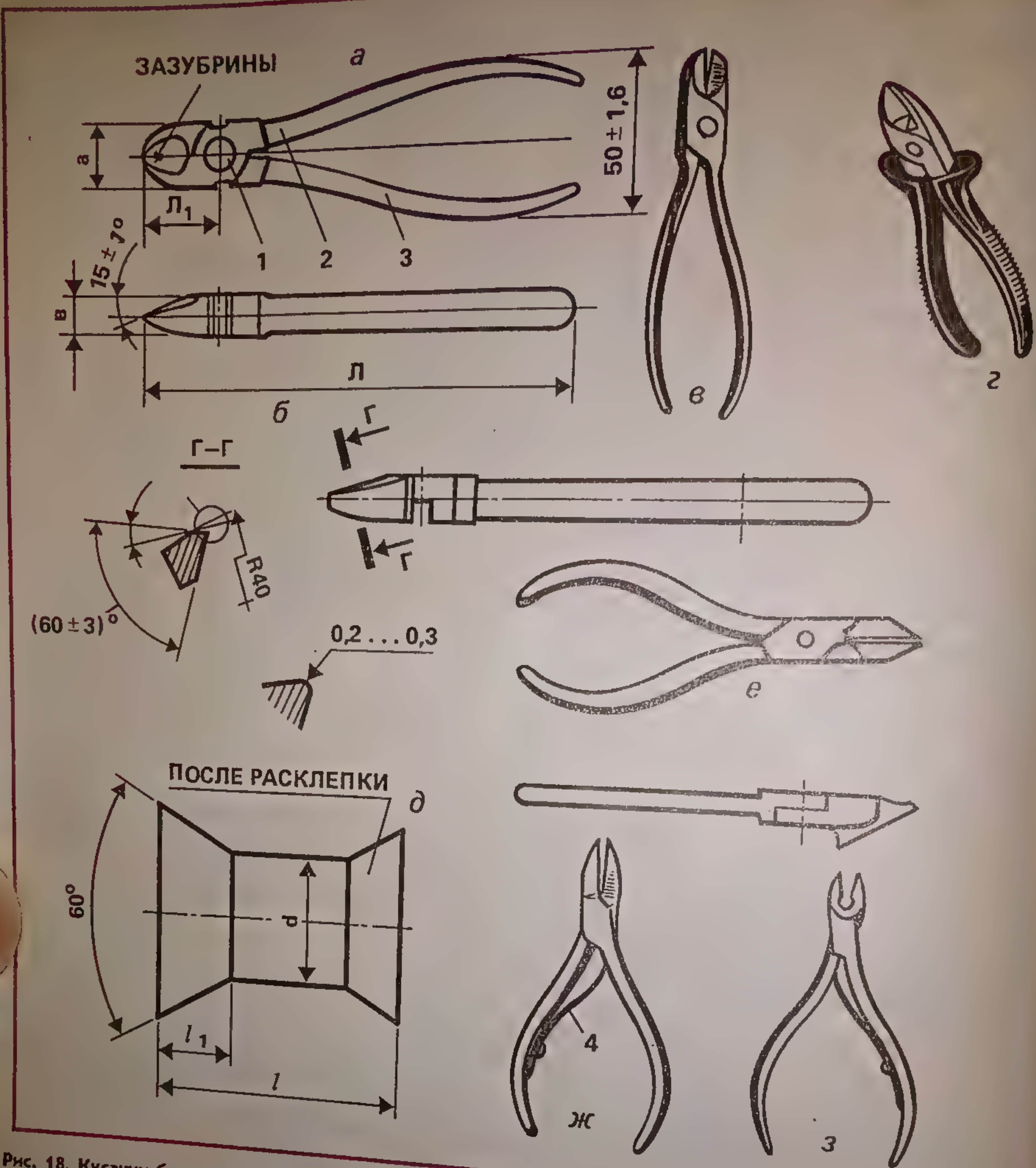


Рис. 18. Кусачки боковые: а — без изоляции рукояток; б — сечением режущей кромки губки левого рычага; в — без изоляции рукояток; г — с изоляцией рукояток; д — ось; е — с режущими кромками под 45° ; ж — туалетные маникюрные для ногтей; з — туалетные маникюрные для заусенцев; 1 — ось; 2 — рычаг правый; 3 — рычаг левый; 4 — откидная пластинчатая пружина

не перекусит жилу, ибо она окажется между краями зазубрин. Общую глубину зазубрин выбирают в пределах $0,7 \dots 1,2$ мм. Среди боковых есть кусачки и с более мощными губками (рис. 18, е). Режущие кромки губок расположены примерно под углом в 45° к оси, вокруг которой вращаются рычаги. Подобные кусачки выпускала фирма «Виктор». Они как бы нечто

среднее между торцовыми и боковыми кусачками.

Туалетные маникюрные кусачки (рис. 18, ж, з) предназначены для остригания ногтей и заусенцев. С внутренней стороны одной из рукояток прикреплена откидная пластинчатая пружина, которая и разводит эти рукоятки. Рычаги кусачек штампуют из инструментальной стали марки У7 или У8, термообработывают. Кусачки имеют декоративное покрытие. Губки лезвия будут соприкасаться по всей длине заострения, если кусачки использовать по прямому назначению.

К третьей группе отнесем кусачки нестандартной формы и назначения в быту. Так, специальные кусачки (рис. 19, а)

состо
калс
конца
ют в
заме
этих
повы
попа
двину
ков од
нии с
При р
подход
емой
локу и

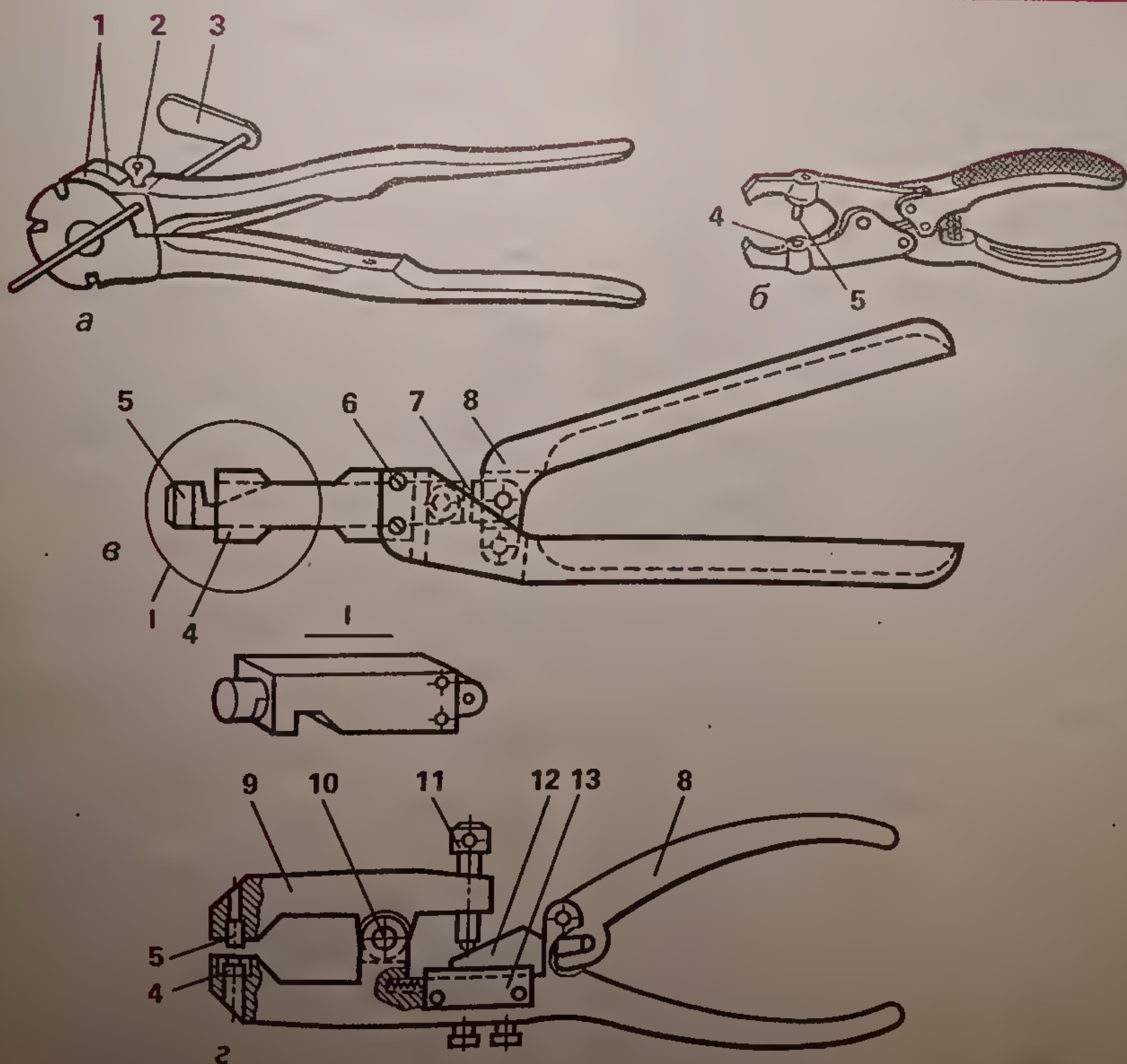
Рис. 19.
ными уд
комбини
ки; 2 —
ансон; 6
движная
11 — ре
правляющ

состоят в основном из двух стальных закаленных кружков, которые являются концами рукояток. То есть их отковывают вместе. Кружки сидят на общей оси и заменяют губки-лезвия. По окружности этих кружков выпиливают или выштамповывают пазы разной ширины, которые попарно совпадают, когда рукоятки раздвинуты. Во всех пазах на каждом из дисков одна сторона в радиальном направлении скошена и отточена в виде лезвия. При раздвинутых рукоятках подбирают подходящий паз по толщине перекусываемой проволоки. В паз вставляют проволоку и смыкают рукоятки. Возникший то-

рец проволоки бывает гладок, отсутствуют сминания и заусенцы. Лопатку в зависимости от надобности передвигаем в ту или иную сторону и фиксируем посредством винта. Служит лопатка для отмеривания проволоки в том случае, когда необходимо нарезать много кусков одинаковой длины.

Кусачки с удлиненными губками (рис. 19, б) предназначены для прокалывания отверстий диаметром до 2,5...3 мм. Сменные матрицы и пуансоны обеспечивают любые отверстия в приведенных пределах в латуни, текстолите, фольге и т.п., когда толщина материала до 0,3 мм. Созданы и несколько иные кусачки. В них на верхней губке вместо одного пуансона укреплено колесо, по периферии которого в радиальном направлении укреплено множество пуансонов. Следовательно, для смены пуансона нужно только повернуть колесо. А вот матрицу, соответствующую пуансону, закрепляют в губке приблизи-

Рис. 19. Кусачки: а — специальные; б — с фасонными удлиненными губками; в — универсальные; г — комбинированные усиленного действия; 1 — кружки; 2 — винт; 3 — лопатка; 4 — матрица; 5 — пуансон; 6 — зажимной винт; 7 — вилка; 8 — подвижная рукоятка; 9 — коромысло; 10 — ось; 11 — регулируемый винт; 12 — клин; 13 — направляющая планка



тельно так, как в предыдущей конструкции.

Универсальные кусачки для вырубки заготовок сложной конфигурации предложены слесарем-рационализатором Э.И. Павлють. Их применение поможет в изготовлении трафаретов и шаблонов из тонколистового материала. Кусачки имеют (рис. 19, в) сменные матрицы и пуансоны. В материале пробивают или просверливают отверстие другим инструментом. Затем в отверстие вкладывают пуансон не без усилия. Сведение рукояток кусачек заставит пуансон возвратиться к матрице, вырубая «по дороге» паз нужной конфигурации. Поворачивая пуансон и вновь совершая им поступательно-возвратные движения, получим большее количество пазов. Каждая сменная пара, матрица и пуансон, может иметь форму круга, трапеции, прямоугольника и т.п.

Комбинированный ручной инструмент усиленного действия (рис. 19, г) тоже предложен Э.И. Павлуть. И здесь имеются сменные матрицы и пуансоны. Прилагаемое усилие ладони изменяют, перемещая клин. Пружина помогает этому перемещению в направляющих планках, а болты фиксируют клин.

Матрицы и пуансоны кусачек третьей группы изготавливают из инструментальной стали типа У7 или У8. Последующая термообработка доводит твердость этих деталей до $HRC = 55...58$. Напильник не должен оставлять на них следов. Остальные детали кусачек выпиливают из ст. 45. Не обязательна эта сталь, но некоторые места, а иногда и детали кусачек следует довести термообработкой до твердости $HRC = 42...46$.

Отвертка

Отвертка — это инструмент для закручивания и откручивания винтов, шурупов, круглых гаек с диаметрально расположенными пазами-шлицами. Кроме того, отвертка удобна во многих случаях, когда нужно что-то поддеть, отодвинуть и т.п. Представляет собой стальной стержень круглого или квадратного сечения, одному концу которого придана форма лопатки с лезвием (рис. 20). Противоположному концу придана форма рукоятки

или острия, на которое насаживается ру-
коятка.

Лезвие лопатки притупляется, чтобы при выскакивании из шлица головки винта или шурупа не нарушать верхних краев их стенок. Толщина лезвия должна быть меньше расстояния между противоположными стенками шлица, конечно, для определенного размера отвертки. Лезвие должно свободно входить в шлиц до самой его глубины. Несоблюдение этого условия ведет к разрушению шлица и невозможности отвернуть винт или шуруп. Шлиц крупного винта, например, восстанавливаем пропилом ножовочным полотном на большую глубину. Но не всегда для этого будут условия. До винта, крепящего маховик головки крана ножовкой, не добраться. И еще учтите, что толщина ножовочного полотна для винтов М4, М5 избыточна. Их шлицы гораздо уже. Поэтому при отсутствии лезвия отвертки, соответствующего шлицу, лучше подогнать заточкой лезвие или изготовить отвертку с нужным лезвием. Для единичных случаев при открытом со всех сторон положении головки винта вместо отвертки с успехом применимы стальная пластина, лезвие ножа, рычажок для подъема кнопок, копейка и т.п.

На заводах отвертки изготавливают из специальных инструментальных сталей У7, 40Х, 50ХФ. Высокое содержание углерода и добавки типа хрома, ванадия и т.п. определяют незатупляемость и долговечность отвертки. Большинство же винтов мелких делают из латуни или сталей 20, 30 с покрытием. То есть отвертка из более твердых сталей, чем винты и шурупы, что и ведет к повреждению головок последних.

Серийно отвертки изготовляют нескольких типов. Первого типа существует 73 размера с длиной от 100 до 400 мм при наличии пластмассовой рукоятки. Отвертки со стержнем круглого сечения — для винтов и шурупов с шириной шлица от 0,3 до 4 мм, при стержне квадратного сечения — для шлица от 1,6 до 4 мм. Второй тип — это отвертки с деревянной рукояткой, стержнем круглого сечения для винтов и шурупов с шириной шлица от 0,5 до 2 мм при длине от 160 до 320 мм. Для крепления рукоятку стягивает колпачок. Его



Рис. 20. Отвертка
массовой руко-
вляющей руко-
вляющей руко-
(ГОСТ 17199-
паткой для к
таллическая
ж) лезвие ло
стообразного
утолщенной
ная заточка л
образного шл
(ГОСТ 17199-
пластмассовой
отвертке; н)
стержню в сам

накерниваю
делился от р
Наиболее
ки, стальн
лезвия до т
здесь — на
ток рассчита
риной шлиц
можно испол
при отворачи
потом можно
стамеску, есл
Конкретно
достаточно дв
с шириной л
Правда, в ту

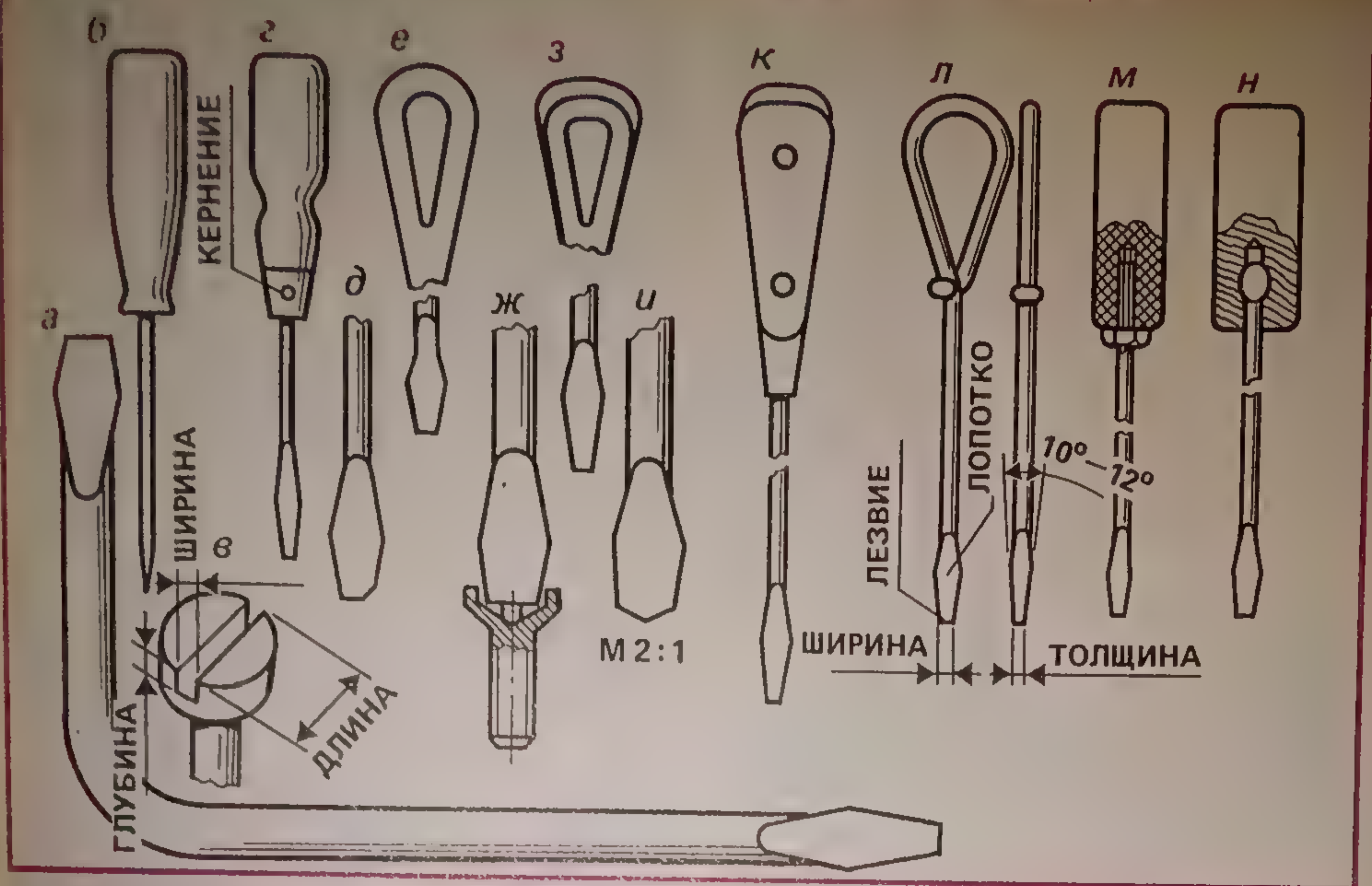


Рис. 20. Отверток а) отвертка-рычаг; б) тип I с пластмассовой рукояткой (ГОСТ 17199—71); в) габариты шлица головки болта или шурупа; г) тип II с деревянной рукояткой и стержнем круглого сечения (ГОСТ 17199—71); д) стержень с подточенной лопаткой для крестообразного шлица; ж) цельнометаллическая плоская отвертка (ГОСТ 5423-50); з) лезвие лопатки обычной отвертки в шлице крестообразного винта; и) цельнометаллическая с утолщенной ручкой (ГОСТ 5423—50); к) специальная заточка лопатки обычной отвертки для крестообразного шлица; л) тип III с накладными щечками (ГОСТ 17199—71); м) проволоочная; н) крепление пластмассовой рукоятки к стержню в самодельной отвертке

накернивают в двух местах, чтобы не отделился от рукоятки.

Наиболее прочный третий тип отвертки, стальной стержень простирается от лезвия до торца рукоятки. Деревянные здесь — накладные щечки. Лезвия лопаток рассчитаны на винты и шурупы с шириной шлица от 0,8 до 2 мм. Отвертку можно использовать как зубило, скажем, при отворачивании крупных гаек. Лезвие потом можно заточить. Отвертка заменит и стамеску, если что-то нужно подправить.

Конкретно для домашнего применения достаточно двух отверток длиной в 200 мм с шириной лезвия лопатки в 3 и 5 мм. Правда, в туалетах, отделенных от ван-

ных комнат, остается слишком узкое пространство между боковиной смывного бачка и стенкой. Для закручивания винтов пластин спускного механизма при его боковом расположении на смывном бачке потребуется специальная отвертка длиной в 80—100 мм. Ее можно заменить стальной пластиной величиной с безопасную бритву, нож и т.п.

Вообще отвертку легче изготовить, чем какой-либо другой инструмент (см. рис. 20). Проще всего — проволоочные отвертки. Любая стальная пригодна. При слишком сталистой и твердой проволоке отожгите ее или в месте изгиба или весь кусок, идущий на рукоятку. Удобны для отжига газовые горелки, домашние печи и т.п. Отжечь — это значит довести проволоку до красного каления и так подержать несколько минут (5—10 мин). Можно и не делать выдержки, а при начале красного каления вынуть проволоку и сразу загнуть. Чтобы получить лопатку на противоположном конце отвертки, можно тоже нагреть его до красного каления и расклепать в таком состоянии. Хотя трапециевидная форма лопатки не обязательна. Достаточно просто очень полого заточить конец и немного затупить его. Но трапециевидная форма лопатки по-

позволяет разводному ключу прийти на помощь отвертке, когда она бессильна. Левой ладонью вы давите на рукоятку отвертки, лопатка которой уперлась в шлиц винта или болта, а пальцами правой сводите губки разводного ключа вокруг лопатки и поворачиваете его в нужную сторону. Если и сейчас винт или шуруп не стронется с места, то применить придется другой способ. Но самое главное предназначение лопатки в том, что она уширяет стержень отвертки, то есть позволяет при более тонком стержне отворачивать винты или шурупы с большой длиной шлица. Только при совпадении шлица и лезвия лопатки по всем размерам удастся полностью превратить (передать) усилие, прилагаемое к рукоятке отвертки, в крутящий момент.

Согласно ГОСТ 24437—80 лопатки для прямых шлицев выпускаются пяти типов:

- 1 — прямой бочкообразной формы,
- 2 — с параллельными плоскостями,
- 3 — клинообразной формы для винтов с головкой,
- 4 — клинообразной формы для винтов без головки,
- 5 — клинообразной формы для круглых гаек со шлицем на торце. Говорят, что опыт критерий истины. Каждый должен был ощутить, что при одном и том же шлице винта чем больше ширина лопатки соответствовала длине шлица, тем легче было откручивать. Все должны помнить правило рычага. Одно из его следствий заключается в том, что при более длинном рычаге легче выполнить работу. Длина рычага в отвертке равна половине ширины лезвия, и эта половина должна опираться на стенку шлица...

Таблица 7
Размеры лезвий (в мм) по отношению к размерам винтов и шурупов

Лезвие отвертки		Рекомендуется	
толщина	ширина	винты	шурупы
0,4	4	M3—M5	2,5
0,5	5	M5—M6	3
0,7	6—7	M6—M8	3,5—4
1	9	M8—M10	4—5

При выламывании или выкрашивании части лезвия лопатки заточить ее желательно на наждачном камне. Напильни-

ком не всегда удастся, ибо твердость лезвия по Роквеллу HRC 46...52. Примерно такую же твердость имеет и напильник. Лопатку отвертки собственного производства следует подвергнуть термообработке. Для этого лопатку нагревают до вишнево-красного цвета, то есть до 750...800°C на длине 10...20 мм и вертикально погружают в воду на 5...6 мм.

Теперь к стержню отвертки можно присоединить и ручку одним из показанных на рисунке способов. Самый простой способ — это отрезать кусок толстой ветки диаметром, скажем, в 20 мм и длиной в 70—100 мм вместе с корой. Последняя выполняет роль стягивающей трубки, хотя если будет в наличии еще металлическая, то ее неплохо набить поверх коры, загладив напильником острые края у торца. Конец стержня, противоположный лопатке, расплющите, отступив от края на 8...10 мм. Расплющивание на длине в 4...8 мм (в зависимости от диаметра стержня) проводите для того, чтобы стержень не провернулся на рукоятке. После этого заострите торец вблизи расплющенного места и зажмите стержень в тисках. Этот стержень из тисков должен выступать заостренным торцом на такую длину, чтобы удобно было набить рукоятку. Она не расколется, если правильно подберете соотношения между диаметрами рукоятки и стержня. Лучше, конечно, будет, если предварительно на рукоятку будут набиты металлические кольца, или трубка, или гильза от охотничьего ружья. Можно на рукоятке и прорезать кольцевые канавки и намотать в них стальную проволоку.

Особую группу составляют отвертки с крестообразным лезвием (ГОСТ—10754—80). Они выпускаются в двух исполнениях с различными углами заточки и пяти размеров. Эти отвертки позволяют передавать большие усилия при закручивании. Поэтому винты с крестообразным шлицем часто встретишь в головке кра-нов, в дверных замках и т.п.

При отсутствии подобной отвертки используйте обычную с плоской лопаткой. Важно, чтобы по ширине лезвие вошло в два шлица, расположенных на одной линии. Более широкое лезвие подточите с одной стороны. Это позволит применить

его и для разных шлицев. Полностью шлицем конусообразной будет сидеть.

При несомненно крестообразной лопатке и остальной рукоятке. На постообразно друг к другу тисках, сними так, что метра оставили, при ник и ножовку иметь крестообразности ис крестообразной рукоятки. ное лезвие м рукояток тр обработки о жим, влажно у самой руко лезвия. Все винтов и шуру нуть. В случа ликом в кач обычный гвоз месте, где обр те крестообра острения про ветовалось вв пить и наобор представляет Пропилите на мерьтесь к кре ловке винта ил ником мешаю готово. Закали воположный к вки, а только с вайте рукоятку При наличии крестообразным ходимо заверну ответственней не хочется под поступить вот т диаметральный на основе любон

но твердость 40...52. Пример...
мест и напильни...
твенного произво...
ть термообработ...
свают до вышней...
до 750...800°C
тикально погруж...

отвертки мож...
одним из показ...
ов. Самый прост...
кусок толстой ве...
в 20 мм и длино...
корой. Последн...
ающей трубки, х...
и еще металлич...
бить поверх кор...
острые края у тор...
отивоположный л...
ступив от края...
вание на длине...
и от диаметра стер...
го, чтобы стержень...
оятке. После этог...
и расплющеннос...
нь в тисках. Это...
ен выступать за...
ую длину, чтоб...
коятку. Она не ра...
но подберете соот...
етрами рукоятки...
будет, ест...
будут наб...
или трубка...
ружья. Мож...
кольцевые к...
х стальную пров...

тавляют отвертки...
звием (ГОСТ...
скаются в двух ис...
ми углами затылки...
отвертки позволяю...
силы при закручив...
с крестообразным...
шь в головке кр...
и т.п.
добной отвертки ис...
плоской лопаткой...
ие лезвие вошло...
енных на одной д...
лезвие подточите...
позволит применит...

его и для диаметральных и для крестообразных шлицев. Если же вы хотите отвертку полностью «посвятить» крестообразным шлицам, то лучше лезвию придать конусообразную форму. Тогда она лучше будет сидеть в шлицах.

При необходимости изготовить отвертку с крестообразным шлицем можно из обычной отвертки, отрезав плоскую лопатку и оставив незакаленную часть стержня. На полученный торец нанесите крестообразно два диаметра под углом 90° друг к другу. Зажмите отвертку удобно в тисках, снимите фаски между диаметрами так, чтобы на окончание линии диаметра оставалось примерно миллиметр, и пилите, применяя трехгранный напильник и ножовку. В качестве образца лучше иметь крестовую отвертку, а при ее отсутствии используйте винт или шуруп с крестообразным шлицем. При металлической рукоятке полученное крестообразное лезвие можно закалить. Другие виды рукояток требуют на время термической обработки обмотки стержня, предположим, влажной тряпкой. Делать это нужно у самой рукоятки. Можно и не закалять лезвия. Все зависит от того количества винтов и шурупов, которое нужно завернуть. В случае изготовления отвертки целиком в качестве стержня используйте обычный гвоздь длиной в 120—150 мм. В месте, где обрубите головку, протачивайте крестообразный шлиц, а со стороны заострения произведите расклепку, как советовалось выше. Умельцы могут поступить и наоборот. Ведь заострение гвоздя представляет четырехгранную пирамиду. Пропилите на каждой грани выемку, примерьте к крестообразному шлицу на головке винта или шурупа, уберите напильником мешающее — и крестовое лезвие готово. Закалите его. Расплющите противоположный конец и без отрубания головки, а только сузив его и заострив. Набивайте рукоятку — и отвертка готова.

При наличии шурупов или винтов с крестообразным шлицем, которые необходимо завернуть, но при отсутствии соответствующей отвертки, а у имеющейся не хочется подтачивать лезвие, можно поступить вот так. Ножовкой прорежьте диаметральный шлиц в шурупе или винте на основе любого из двух имеющихся.

Отвертку со сломанной пластмассовой рукояткой не торопитесь выкинуть. Ее изготавливают из полистирола, пенопласта, полиакрилата и т.д. Некоторые из этих пластмасс при высокой температуре размягчаются. Воспользуйтесь этим для сращивания отколовшегося куска и оставшейся части рукоятки. Если же пластмасса окажется термостойкой, то скруглите напильником или на наждаке острые части оставшейся со стержнем рукоятки и пользуйтесь. Из обломка рукоятки может выглядывать торец стержня в другом случае. Что ж, отвертку превратите в зубило, выколотку и т.п.

Размягчать пластмассу рукоятки возможно над газовой горелкой. При электроплите на конфорку положите, предположим, крышку от консервной банки, чтобы пластмасса не капнула непосредственно на поверхность нагрева.

Последние десятилетия нашего века характерны возвратом интереса людей к своей внешности, костюму, причёске, макияжу.

Посмотрите вокруг себя, и вы увидите, что большинство женщин, девушек применяют косметику, носят модные, экстравагантные причёски, часто немыслимой цветовой гаммы.

К сожалению, часто даже красивые лица из-за неумелого пользования косметическими средствами напоминают грубо намалеванных кукол.

У некоторых женщин вошло в привычку раз в неделю устраивать «час любви к себе», когда они могут провести время так, как хотят. Например, полежать часок-другой с книгой, погулять в лесу, но можно посидеть и у зеркала. Чтобы выглядеть всегда привлекательно, посмотрите на себя внимательно и учтите наши несложные советы.

Полезно изучить специальную литературу по косметике, которой в наше время выходит чрезвычайно много. Но не стоит все примерять к себе, лучше после изучения выбрать что-то подходящее индивидуально вам.

Перед тем как дать некоторые советы по макияжу, хочется коротко познакомиться с развитием этого древнего искусства — гримирования, с зарождением косметики и ее развитием среди разных народов.

Слово «косметика» в переводе с греческого — «искусство украшать».

На заре человечества древние люди применяли соки трав, цветные мелки, глины не только для раскрашивания своего тела, но и в целебных целях. При помощи жира и масел защищали кожу от жары, холода и сырости. Во время ритуальных празднеств краски применяли для отпугивания злых духов и демонов.

С развитием общества развивались и знания о косметике. В античные времена римляне и египтяне имели уже немалый ассортимент косметических товаров, продаваемых на рынках. Секреты составления мазей, ароматических масел, цветных помад был засекречен, подчас их знали лишь жрецы и хранили в глубокой тайне. Уже в те времена косметика была в почёте во всех слоях общества.

Еще недавно считали, что увлечение косметикой прекратилось в эпоху средних веков, но были найдены книги, подтверждающие, что именно в это время стали применять массажи, целительные ванны для поддержания молодости кожи.

И.С. Сыромятникова

СДЕЛАЙ СЕБЯ САМА

Рыцари-крестоносцы привезли и познакомили жителей Западной Европы с розовой водой, применяемой в Палестине. Многие маги и врачеватели составляли рецепты косметических препаратов, продавали их знатным особам. Профессор анатомии Генрих Мондвил написал целый трактат о применении косметики и воздействии ее на самочувствие.

В эпоху Возрождения (XVI век) в Италии, Франции в моду вошла парфюмерия, ставшая частью косметики. В маленьких темных лавочках под покровом тайны варили, натирали, пересыпали, переливали различные снадобья мастера и подмастерья. Все пропорции настоев и мазей хранили в секрете.

В XVII-ла страсти французские женщины своим личным явлением. лицо, руки мяна на ш жеманниц Даже в лет сили на ли предохрани Для того чт жи, а то и «мушки» ч тафты. Суш «язык» муш слыть плут мушку окол черкивалась на носу, ша. влюбленност

Придворн годаря крин рикам, набе на изящные няли возраст так же, как представлени ческие средс ной воды, ду альных туал ски — в мона высмеивали п фюмерных ла покупки, но дания.

XIX век п шенствование уже на научн тию медицин химии, физи косметика ста

В России к сначала деву себе румянец ли себе брови сто белил прим В деревнях подобными до время как в гор из-за границы.

В крупных популярностью косметические которых чаще иностранны. В лось «Товарищ мерно-космети здавали средств и косметическ

В XVII—XVIII веках Европу захватила страсть к косметике. Тон задавал французский королевский двор. Накрашенные лица придворных стали обычным явлением. Было принято сильно белить лицо, руки, шею, грудь. Накладывать румяна на щеки, красить губы. На языке жеманниц щеки называли треном пудры. Даже в летние жаркие дни кокетки наносили на лицо жирный слой краски, чтобы предохранить кожу от «поцелуев солнца». Для того чтобы подчеркнуть белизну кожи, а то и скрывая прыщи, стали клеить «мушки» черного цвета из бархата или тафты. Существовал даже своеобразный «язык» мушек. Та, которая хотела прослыть плутовкой, ветреницей, клеила мушку около рта. Высокомерность подчеркивалась мушкой на лбу, дерзость — на носу, шаловливость — на подбородке, влюбленность — около глаза.

Придворные королевских дворов благодаря кринолинам, белым пудренным парикам, набеленным лицам были похожи на изящные цветы. Пудра и помада сравняли возраст, дама в возрасте выглядела так же, как и юная фрейлина, только что представленная ко двору короля. Косметические средства в виде лосьонов, туалетной воды, духов носили с собой в специальных туалетцах, несессерах, а по-русски — в монастырьках. Часто модниц зло высмеивали в спектаклях, так как в парфюмерных лавках дамы не только делали покупки, но и ухитрялись назначать свидания.

XIX век принес много нового, совершенствование косметики продолжалось уже на научной основе. Благодаря развитию медицины, фармакологии, ботаники, химии, физики, биологии, физиологии косметика стала абсолютно безвредна.

В России косметику применяли давно, сначала девушки и женщины наводили себе румянец при помощи свеклы, чернили себе брови обожженной спичкой, вместо белил применяли муку.

В деревнях долгие годы пользовались подобными домашними средствами, в то время как в городах появились «мазили» из-за границы.

В крупных городах России большой популярностью пользовались салоны, косметические кабинеты, владельцами которых чаще были предприимчивые иностранцы. В 1864 году в Москве открылось «Товарищество Брокар» — парфюмерно-косметическое заведение. Здесь создавали средства не только парфюмерные и косметические, но и лечебные. Русская

парфюмерия, созданная мастерами этого производства славилась в Европе. До Брокара в России работал в области косметики и парфюмерии француз Ралле, его фабрика выпускала мыло, пудру, духи, одеколоны. Хорошую репутацию приобрело «Товарищество Остроумова», образованное во второй половине XIX века, фабрика братьев Жуковых.

Центром врачебной косметики в России стал Московский институт, устав которого был утвержден в 1910 году, здесь занимались как научной, так и практической работой. Интерес к косметике способствовал появлению многочисленных трудов, сборников, справочников по косметике, уходу за внешностью.

А в 1937 году в Москве был образован Институт красоты и гигиены, впоследствии переименованный в Институт врачебной косметики. По его подобию стали создавать институты по всей стране. К работе были привлечены не только специалисты-врачи, но и художники — люди искусства.

Именно с рассказа о лечебной косметике мы и начнем. Ведь «зашпаклевать» воспаленную, шелушащуюся да еще и с прыщами кожу под тройной слой пудры — дело не хитрое. Куда труднее, но зато полезнее вначале освоить приемы содержания кожи в чистоте.

Лечебная косметика

Уход за кожей лица

Уход за лицом поможет вам сохранить свежесть и упругость кожи, но делать косметические процедуры следует систематически, при этом учитывая тип кожи.

Кожа бывает: сухая, жирная, нормальная. У большинства людей кожа лица смешанная. Присмотритесь внимательно, и вы заметите, что лоб, нос и подбородок дают отблеск больше, чем щеки. Это значит, что эти участки кожи — жирные, а на щеках, вокруг глаз кожа более сухая. Каждый тип кожи имеет свои отличительные особенности. Так, сухая кожа более тонкая, нежная, часто кажется сильно стянутой. Сухая кожа часто шелушится, плохо переносит воду, на ней быстрее образуются мелкие морщинки. Жирная кожа покрыта жирным налетом, поры расширены. Поэтому в поры может попадать пыль, это способствует появлению угрей или прыщей.

Уход за сухой кожей может включать питательные маски, умывания, компрес-

сы. При этом необходимо подбирать такие косметические средства, которые бы не способствовали ее высыханию.

Полезно сухую кожу смазывать жирным кремом, протирать после снятия косметики, тампоном, смоченным оливковым маслом. Умываться следует без мыла или мылом со специальными травяными добавками, например с мятой, которая благотворно влияет на состояние сухой кожи.

Умывание водой можно заменить протиранием лица специальными лечебными травяными отварами (шалфей, мята, подорожник, тысячелистник). Хорошо умываться овсяными хлопьями (геркулесом) или отрубями, размоченным ржаным хлебом, протирать кожу теплым растительным маслом.

Для умывания следует приготовить все заранее: полотенце, мисочку, составить массу. Умывание овсяными хлопьями делают следующим образом: в мисочку или чашечку помещают одну чайную ложку овсяных хлопьев, заливают тремя стаканами кипятка. Мисочку накрывают крышкой и махровой салфеткой на полчаса. Затем массу наносят на лицо и держат в течение 5—7 минут. Лучше, если вы в это время отрешитесь от забот и сможете спокойно полежать. Затем лицо ополаскивают отваром трав или прохладной кипяченой водой. Эта процедура несложная, но приносит пользу.

Умывание отрубями делают следующим образом: столовую ложку отрубей заваривают кипятком. Сосуд с содержимым накрывают крышкой и махровой салфеточкой, настаивают в течение 15—20 минут. После того как каша распарилась в нее добавляют одну столовую ложку молока, хорошо размешивают и наносят на лицо тампоном из ваты. Массу можно оставить на лице 5—7 минут, после чего смыть отваром трав или водой. При этом лучше чередовать ополаскивание лица, попеременно смачивая его то холодной, то теплой водой.

С древних времен люди заметили благотворное влияние такой косметической процедуры, как маски. Для сухой кожи можно применять маски из ягод, самая популярная — клубничная и овощей — огурцов, картофеля или петрушки.

Маски делают следующим образом: очистите лицо лосьоном, затем нанесите на него заранее составленную смесь, состоящую из ягод клубники, нескольких капель водки или спирта, двух ложек молока, щепотки пищевой соды. Эту массу

нанесите на лицо, оставьте на 10—15 минут. Затем маску снимают, ополоснув кожу отваром из трав или водой. При этом можно лицо не вытирать полотенцем, а подсушить на воздухе. Когда будете выбирать ягоды, то берите самые спелые — 3—4 штуки.

Можно делать маску из желтка куриного яйца, вареного картофеля, земляники, дыни, арбуза, персика. Можно использовать дрожжи, льняное семя.

Горячие компрессы способствуют продлению свежести и упругости кожи, при этом полезно делать компресс не только на лицо, но и на шею. Для этого готовят заранее отвары из трав, цветов, шишек. Отвары готовят следующим образом: помещают зеленую массу в мисочку или чашечку, заливают кипятком, настаивают под крышкой.

Можно отваром смачивать хлопчатобумажные или льняные салфетки, а можно использовать и ватный тампон. Если есть марля, то можно сложить ее в несколько слоев и пропитать отваром. Когда все готово — лицо необходимо смазать жирным кремом, затем плотно положить на лицо смоченную в горячем отваре салфетку и держать до полного остывания. Можно менять компрессы, чередуя то горячий, то холодный. Полезно для сухой кожи делать масляные компрессы.

Эта маска из нескольких компонентов необычна тем, что включает в свой состав не только дикорастущие растения, но и злаки и растительное масло. Расскажем, как ее готовят. Набирают понемногу листьев молодой березы, листьев молодой крапивы, а также земляники. Все тщательно промывают несколько раз в дуршлаге прохладной водой, затем мелко нарезают, выжимают сок. Берут одну столовую ложку геркулеса, засыпают его в агрегат (кофемолку, миксер или провертывают через мясорубку). Полученную массу помещают в эмалированную мисочку, добавляют сок трав и растительное масло (кукурузное, оливковое, подсолнечное), перемешивают. Вместо хлопьев геркулеса можно взять зерна риса. Пропорции следующие: одна столовая ложка перемолотой крупы, одна столовая ложка сока смеси перечисленных трав, одна столовая ложка любого растительного масла. Маска полезна для сухой кожи.

Уход за жирной кожей более сложен, так как она быстрее загрязняется. Жирную кожу следует чаще протирать, умывать, ополаскивать, применяя такие косметические и народные средства, которые

бы способ
Жирную ко
шим туалет
ным тампон
стоящем из
ной воды (1

Хорошо
ко. Для это
смачивают
марли, зате

Отвар из
тений, ово
быть полез

Для сух
кожи воспо
петрушки с
товляют ег

петрушки
заливают
минут. За

две столов
шивают и
15—20 ми

ют отваром
Для очн

ски из др
куриного

Можно
скольких

тисептиче
ми свойств

ную кожу
дующим с

мелко нар
подорожн

тельно пе
сочке. Вз

ры, выжа
воспользо

сок добав
Пропорц

зеленой к
ка лимон

лица нак
шо пропи

кратно
она плотн

ная масса
истечени

ополаски
дой, смаз
нее эту м

при этом
тело — в

Норма
системат

питатель

вания, пр

вала себ

для очн

бы способствовали ее подсушиванию. Жирную кожу на ночь можно мыть хорошим туалетным мылом. Протирать ватным тампоном, смоченным в составе, состоящем из камфорного спирта и кипяченой воды (1:1).

Хорошо очищает жирную кожу молоко. Для этого его наливают в блюдечко и смачивают тампон или кусочек ваты, марли, затем протирают кожу лица.

Отвар из трав, листьев целебных растений, овощей или фруктов также может быть полезен для протирания лица.

Для сохранения упругости и свежести кожи воспользуйтесь отваром из листьев петрушки с добавлением отрубей. Приготавливают его следующим образом: зелень петрушки промывают, мелко нарезают, заливают кипятком, настаивают 15—20 минут. Затем процеживают, добавляют две столовые ложки отрубей, все размешивают и наносят на лицо. По истечении 15—20 минут снимают, лицо ополаскивают отваром или водой.

Для очищения кожи можно делать маски из дрожжей, кислой капусты, белка куриного яйца, зеленого горошка.

Можно порекомендовать маску из нескольких компонентов, обладающую антисептическими, противовоспалительными свойствами, хорошо очищающую жирную кожу. Маску можно приготовить следующим образом: чисто вымыть, а затем мелко нарезать листья молодой крапивы, подорожника, полевого хвоща, все тщательно перемешать в эмалированной мисочке. Взять лимон, очистить его от цедры, выжать через соковыжималку или воспользоваться миксером. Полученный сок добавить в зеленую массу, размешать. Пропорция такова: одна столовая ложка зеленой кашицы, одна столовая ложка сока лимона. На заранее очищенную кожу лица накладывают кусочек марли, хорошо пропитанной полученной смесью, аккуратно расправляют ткань, так, чтобы она плотно прилегала к коже лица, а зеленая масса не сползала и не растекалась. По истечении 20 минут маску снимают, лицо ополаскивают отваром или прохладной водой, смазывают питательным кремом. Удобнее эту маску делать полулежа или лежа, при этом лицо должно быть расслаблено, тело — в состоянии полного покоя.

Нормальная кожа также нуждается в систематическом уходе. Вам не повредят питательные маски, ополаскивания, умывания, протирания. Хорошо зарекомендовала себя паровая ванна, применяемая для очищения кожи. Делают ее следующим

образом: в маленькую кастрюльку наливают кипяток, добавляют соль или крепкий настой трав (липы, ромашки, шалфея, подорожника). Наклоняют над кастрюлькой лицо так, чтобы оно плотно касалось ее краев. Накрываются махровым полотенцем. Пар должен проникать в поры кожи. Процедура займет 15—20 минут. Затем лицо ополаскивают.

Подорожавшая ныне косметическая продукция не каждому стала по карману. Не печальтесь, вспомните о наших прапрабабушках, которые, обходясь растительными средствами, были свежи и прекрасны.

Большинство отваров для протирания лица, масок, лосьонов можно сделать самим из знакомых нам растений, таких, как крапива, шалфей, подорожник, ромашка, мята, мелисса, а также из сока овощей фруктов и ягод.

Помните о том, что при приготовлении лосьона надо учитывать тип вашей кожи. То, что подходит для жирной кожи, может быть вредно для сухой или нормальной. Будьте внимательны!

ДЛЯ СУХОЙ КОЖИ полезны протирания отваром овса, льняного семени, алтея лекарственного. Активизирует и хорошо влияет на сухую кожу земляничный лосьон. Приготовить его можно быстро и без хлопот, имея под рукой 100 г земляники (полстакана), глицерин, кипяченую холодную воду. Пропорция такова: на 100 г земляники (садовой или лесной) 200 г кипяченой воды, пять капель глицерина. Подобные лосьоны можно сделать и из других ягод, например из клубники, черной смородины, малины. Эти протирания не только очищают кожу, но и питают ее, делают более эластичной, придают здоровый вид.

ДЛЯ ЖИРНОЙ КОЖИ подходят настои, отвары из календулы, ромашки, шалфея, эвкалипта, тысячелистника. Эти травы обладают вяжущими свойствами, очищают и дезинфицируют кожу. Приготовить отвар можно как из сухих, так и из свежих трав. Для этого четыре ложки травы, которая должна быть хорошо промыта и измельчена, поместить в удобную емкость и залить горячей водой, но не кипятком, т.к. он может убить питательные вещества. После того как трава постоит десять минут под крышкой, накрытая махровой салфеточкой, можно посуду поставить на медленный огонь и кипятить 10—15 минут. Затем настоять в течение четырех часов, процедить через ситечко или марлю и добавить 50 г спиртовой настойки из эвкалипта или календулы.

Полезно умываться кислым молоком, сывороткой, простоквашей, кефиром. Можно протирать или ополаскивать кожу подсолненной водой.

Отвары из ромашки или шалфея, приготовленные заранее, можно использовать для протирания лица. Пропорция такова: одна чайная ложка трав на один стакан воды.

Настой из овсяных хлопьев (геркулеса) поможет сделать кожу бархатистой. Для этого берут две столовые ложки геркулеса и заливают водой, настаивают, процеживают и при помощи ватного тампона наносят массу на лицо. Затем протирают тампоном, смоченным в лимонной воде, для этого сок лимона разбавляют кипяченой водой.

Можно систематически делать умывание киселем. Для этого варят кисель, затем после остывания протирают кожу тампоном. Для приготовления киселя можно использовать молоко, клюквенный морс, лимонную воду. Пропорция такова: на две ложки морса или сока одна ложка крахмала, пол-литра воды.

Доступны разнообразные маски из овощей, ягод, фруктов, как свежих, так и замороженных.

Готовя различные маски, настои, отвары, помните о гигиене! Все взятые компоненты должны быть хорошо промыты, очищены. Желательно сполоснуть их кипяченой водой. Посуда, руки, ложечки, чашка, мисочка, блюдце, которыми вы собираетесь пользоваться, так же должны быть тщательно вымыты перед употреблением.

Соблюдайте пропорции, не забывая о том, что хранить готовые лечебные отвары следует в прохладном темном месте. Лучше в холодильнике. При этом помните, что хранятся они непродолжительное время, всего два или три дня, поэтому не готовьте большие порции.

Японская медовая маска

Равные части меда, муки надо поместить в фарфоровую чашку и смешать со свежим молоком. Тщательно размешать, полученную кашицу нанести на кожу лица. По истечении 30 минут нанесенную маску смывают, используя отвар из ромашки. Маска очень полезна для увядающей, стареющей кожи.

Капустная маска

Целые листья квашеной капусты разложить тонким слоем, покрыв кожу лица и шеи. Лучше маску наносить лежа. По

истечении 20—30 минут листья следует снять, протереть кожу тампоном, смоченным в холодной воде, или просто умыться. Затем смазать кожу любым питательным кремом.

Морковная маска

Одну свежую среднюю по размеру морковь очистить, натереть на мелкой терке. Полученную массу положить на блюдечко, добавить несколько капель оливкового масла. Тщательно размешать, затем нанести тонким слоем на кожу лица. По истечении 20—30 минут маску снимают, протирая кожу ватным тампоном. Лицо можно ополоснуть теплой, затем холодной водой.

Яблочная маска

Взять яблоко, очистить его от кожицы, нарезать, залить свежим молоком и сварить. Получив кашицу, остудить ее, затем тонким слоем наложить на кожу лица. Держать в течение 20 минут. Затем снять маску, ополоснуть лицо прохладной водой.

Дрожжевая маска

Чайную ложку дрожжей развести теплым молоком и добавить несколько капель растительного масла.

Творожная маска

Помогает улучшить цвет кожи. Столовую ложку творога смешать с двумя ложками сметаны или молока, растереть, нанести на лицо.

Картофельная маска

Делается из картофельного пюре с добавлением растительного масла в пропорции: две столовые ложки пюре и одна чайная ложка растительного масла.

Массаж лица

Массаж — одно из самых полезных и доступных средств поддержания кожи в хорошем состоянии. В результате массажа равномерно повышается температура кожи лица. Перед массажем кожа лица должна быть тщательно очищена, затем следует нанести крем.

Массаж выполняют в следующей последовательности:

Массаж вокруг рта начинают с середины подбородка и круговыми движениями слегка гладят кожу, мягко нажимая

над верхней губой. Повторяют 4 раза.

Массаж маленького носа. Повторение 4 раза.

Массаж подбородка, дить кожу лица замедлить.

Массаж ния вокруг бровей и мазков, затем замедляют слегка нажать не следует сниц. Повторение 4 раза.

Массаж от основания висков, за массируют нажимая на.

Массаж лать его на. Эту процедуру, сидя нужно придеть свободную бумажную кожу лица умыться. Ржны быть чно немного мая при эт. После мжу лица ным из роматы или м.

Гимнастика

Гимнастика способствует жи. Можн сложных поддержи.

Против прижиман лба, у кр Глаза опу сколько с мая век, в Для тс на кожу.

над верхней губой до середины носа. Повторяют 4 раза.

Массаж носа. Описывают пальцами маленький круг от основания до крыльев носа. Повторяют это мягкое легкое движение 4 раза.

Массаж щек. Проводят ладонью от подбородка, через щеки, до висков. Гладить кожу следует плавно, в середине лица замедлить движение. Повторить 4 раза.

Массаж вокруг глаз. Круговые движения вокруг глаз начинают с основания бровей и массируют в направлении висков, затем дважды вокруг глаз. У висков замедляют движения, останавливаются и слегка нажимают на кожу висков. Крем не следует наносить близко к краю ресниц. Повторить 4—5 раз.

Массаж лба. Массировать начинают от основания бровей, носа, в направлении висков, затем медленным движением массируют кожу висков, при этом мягко нажимая на нее. Повторяют 4—5 раз.

Массаж требует времени. Не надо делать его наспех и в плохом настроении. Эту процедуру выполняют перед зеркалом, сидя или лежа. Перед массажем нужно приготовить все необходимое, надеть свободную одежду, принести крем, бумажную салфетку. Хорошо протереть кожу лица косметическим молочком или умыться. Руки и все принадлежности должны быть чистыми. После массажа полезно немного отдохнуть, закрыв глаза, думая при этом о приятном.

После массажа хорошо ополоснуть кожу лица целебным отваром, составленным из ромашки, шалфея, подорожника, мяты или мелиссы.

Гимнастика для лица

Гимнастика лица в значительной мере способствует сохранению упругости кожи. Можно предложить несколько несложных упражнений, которые помогут поддерживать кожу в хорошем состоянии.

Против морщин на лбу. Ладони рук прижимают с левой и правой стороны лба, у кромки волос (у корневой части). Глаза опускают и держат закрытыми несколько секунд, в это же время, не поднимая век, вращают глазами.

Для того чтобы не опускались брови, на кожу надбровных дуг накладывают

указательные пальцы. Брови высоко поднимать, нажим пальцев усилить. Упражнение длится несколько секунд.

Против дряблости верхних век полезно положить кончики (подушечки) пальцев на надбровные дуги, глаза сильно зажмурить, через несколько секунд раскрыть глаза. Сделать это несколько раз.

Против дряблости нижних век прижмите подушками пальцев кожу на скуловой выпуклости, глаза закройте. Зажмуривать глаза следует постепенно, в течение нескольких секунд, после полного закрытия глаз можно пальцы убрать с кожи лица.

Для укрепления кожи щек необходимо раздвигать активно в стороны уголки рта.

На расстоянии в 2 см от ушей кожу лица плотно прижать ребрами ладоней слева и справа. Надувать щеки, при этом натягивать губы вперед в виде трубочки. Упражнение делают несколько секунд.

Для укрепления мышц вокруг рта необходимо надувать щеки и как бы задувать пламя зажженной свечки, выдувать воздух изо рта.

Для предупреждения морщин на подбородке и шее надо голову медленно отводить назад. При этом нижнюю губу вытянуть и стараться ею достать верхнюю губу. Упражнение проделать несколько секунд в напряженном состоянии. Затем расслабиться.

Для предупреждения образования второго подбородка необходимо, сидя прямо, медленно вытягивать подбородок вверх, затем медленно наклонять голову то в одну, то в другую сторону.

Теперь, когда вы уже знаете, как ухаживать за своей кожей, чтобы она была здоровой и красивой, чистой и белой без косметической «штукатурки», не грех побаловать свое самолюбие сознанием, что можно стать и вовсе неотразимой с помощью коробочки пудры, теней, туши и... Впрочем, подробный рассказ обо всей палитре визажиста у вас впереди...

Искусство макияжа

Слово «макияж» вошло в наш обиход сравнительно недавно. Оно обозначает приукрашивание лица с использованием косметических препаратов, красок. Благодаря макияжу лицо можно омолодить, сделать более привлекательным, скрыв небольшие природные недостатки (маленькие глаза, короткие или светлые брови, полные губы, щеки).

Макияж можно разделить на дневной и вечерний. Днем, когда светит солнце, краски на лицо надо накладывать осторожно, чтобы они выглядели естественно. В вечернее время макияж может быть более сильным, краски более яркими, так как при вечернем освещении цветовая гамма изменяется.

Макияж требует индивидуального подхода, при его выборе необходимо помнить и об особенностях своего лица и даже об особенностях своего характера.

Мода в области макияжа тесно связана с художественными стилями и направлениями в одежде. Краски макияжа должны сочетаться с цветовой гаммой костюма. В современном макияже существует несколько направлений, которые определяют форму бровей, глаз, губ, цвет. Рисунок макияжа разрабатывают специалисты декоративной косметики — визажисты (от фр. слова «визаж» — лицо).

Основные направления в макияже сегодня это: классический стиль, стиль ретро, авангардистский (молодежный). Разнообразие стилей помогает выбрать то, что больше нравится, подходит к лицу.

Макияж напоминает живопись, требует определенной подготовки и навыков, разница только в том, что живописец работает красками акварельными или масляными, а при макияже пользуются косметическими средствами: пудрой, тональным кремом, помадой, тушью, карандашами, блеском, тенями. При подкрашивании лица пользуются различными принадлежностями: кисточками, аппликаторами, контурными карандашами (для нанесения контура глаз, губ), пуховками.

Подкрашивание лица требует не только знаний, но и времени, при этом необходимо соблюдать правила гигиены. Макияж можно делать только на здоровой коже, если у вас имеются кожные заболевания, то лучше сначала подлечить кожу, а потом применять косметические средства.

Нанесение и снятие общего тона, крема, масок рекомендуется делать только строго по массажным линиям. Иначе можно натереть себе преждевременные морщины, сдвинув кожу лица. Делается это так: 1. От середины подбородка к мочкам ушных раковин. 2. От углов рта к середине ушных раковин. 3. От крыльев носа к височным впадинам. 4. От середины лба к височным впадинам (рис. 1).

Макияж бывает простой и сложный. Под простым макияжем подразумевают подкрашивание лица (нанесение теней на верхнее или нижнее веко, тонирование ру-



Рис. 1

мянцем щек, подкрашивание ресниц, губ).

Сложный макияж требует изменения определенных деталей лица (носа, губ, глаз, лба, подбородка). Здесь надо знать свои особенности и постараться скрыть незначительные недостатки. Если у вас имеются родимые пятна, оспины, шрамы, то перед макияжем, используя камуфлирующий карандаш, их необходимо затонировать, как бы замаскировать.

Макияж выполняют в определенной последовательности. Сначала очищают кожу лица от пыли, применяя крем или лосьон, промокают бумажной салфеткой или марлей. Затем тонируют лицо, при этом учитывают цвет волос, глаз. Запудривают лицо пудрой, при этом можно выбрать как светлую, так и темную. Пуховкой или пушистой кисточкой наносят румяна, аппликатором или тушью подкрашивают брови, корректировочным карандашом — глаза, губы. Выполненный макияж должен быть чистым, не надо наносить один цвет на другой, так как это может повлечь грязь, приведет к изменению цвета.

Переходы от одной краски к другой должны быть плавными, органичными. Поэтому необходимо несколько пуховок, губочек. Движения кисточки должны быть легкими.

Сложный
сти в боли
зрительно
са, глаз и

КОРРЕКЦИЯ
сделать п
Подбирае
лос, кожи
При т
родка по
ным крем

Рис. 2

Сложный макияж требует аккуратности в большей мере, так как приходится зрительно изменять форму лица или носа, глаз или лба.

КОРРЕКЦИЮ ОВАЛА ЛИЦА можно сделать при помощи тонального крема. Подбирают его в зависимости от цвета волос, кожи, глаз.

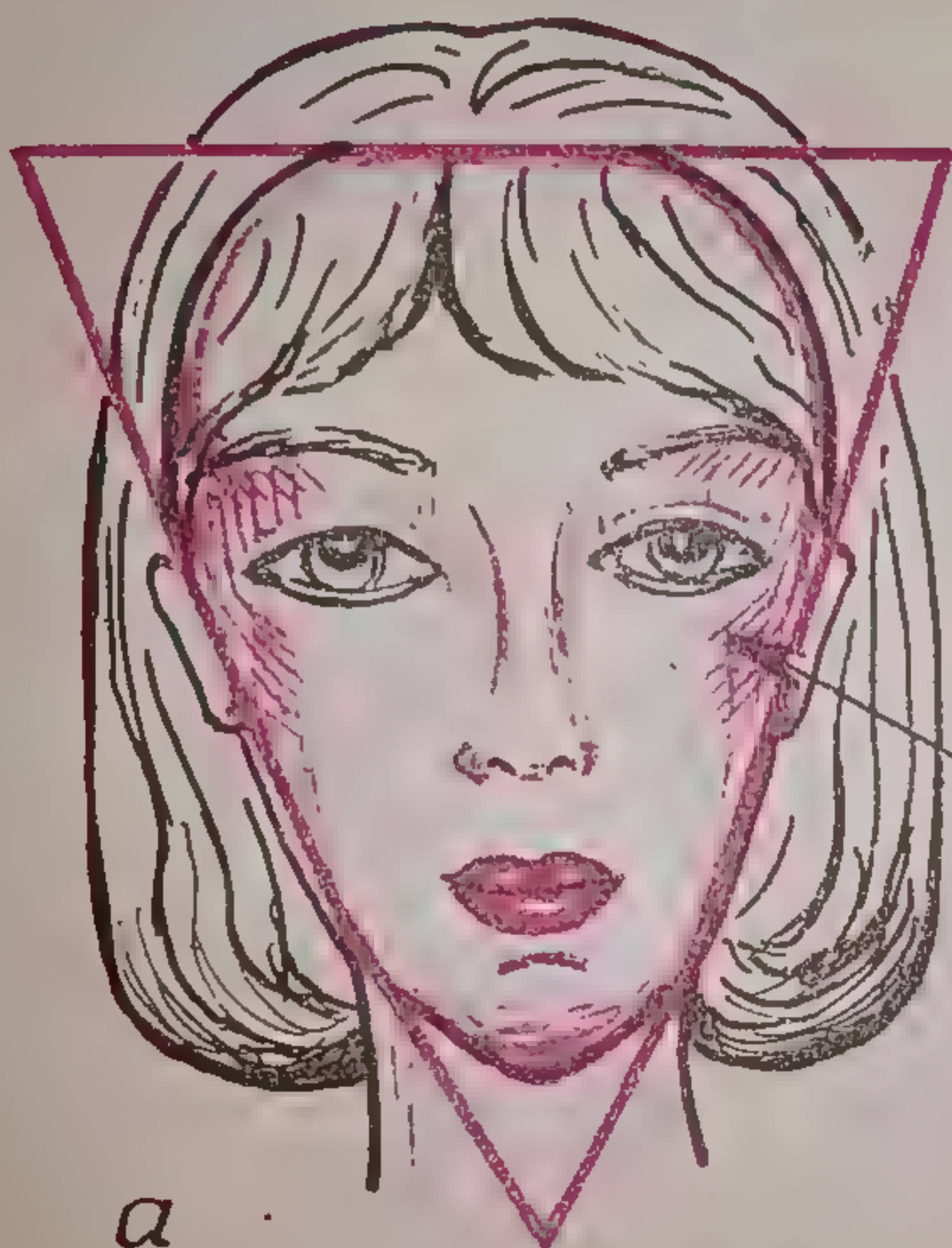
При треугольном лице кожу подбородка покрывают более темным тональным кремом (рис. 2,а). Темной пудрой

или кремом затемняют также кожу на висках.

При широком плоском лице тонируют темным тоном или темной пудрой правый и левый угол нижней челюсти (рис. 2,б).

На круглом лице следует затонировать середину щеки более светлым тональным кремом, на висках и под висками затонировать более темным тоном или пудрой (рис. 2,в). Середину щек продолговатого лица (прямоугольного) тонируют светлым тоном. От висков вниз до подбородка

Рис. 2



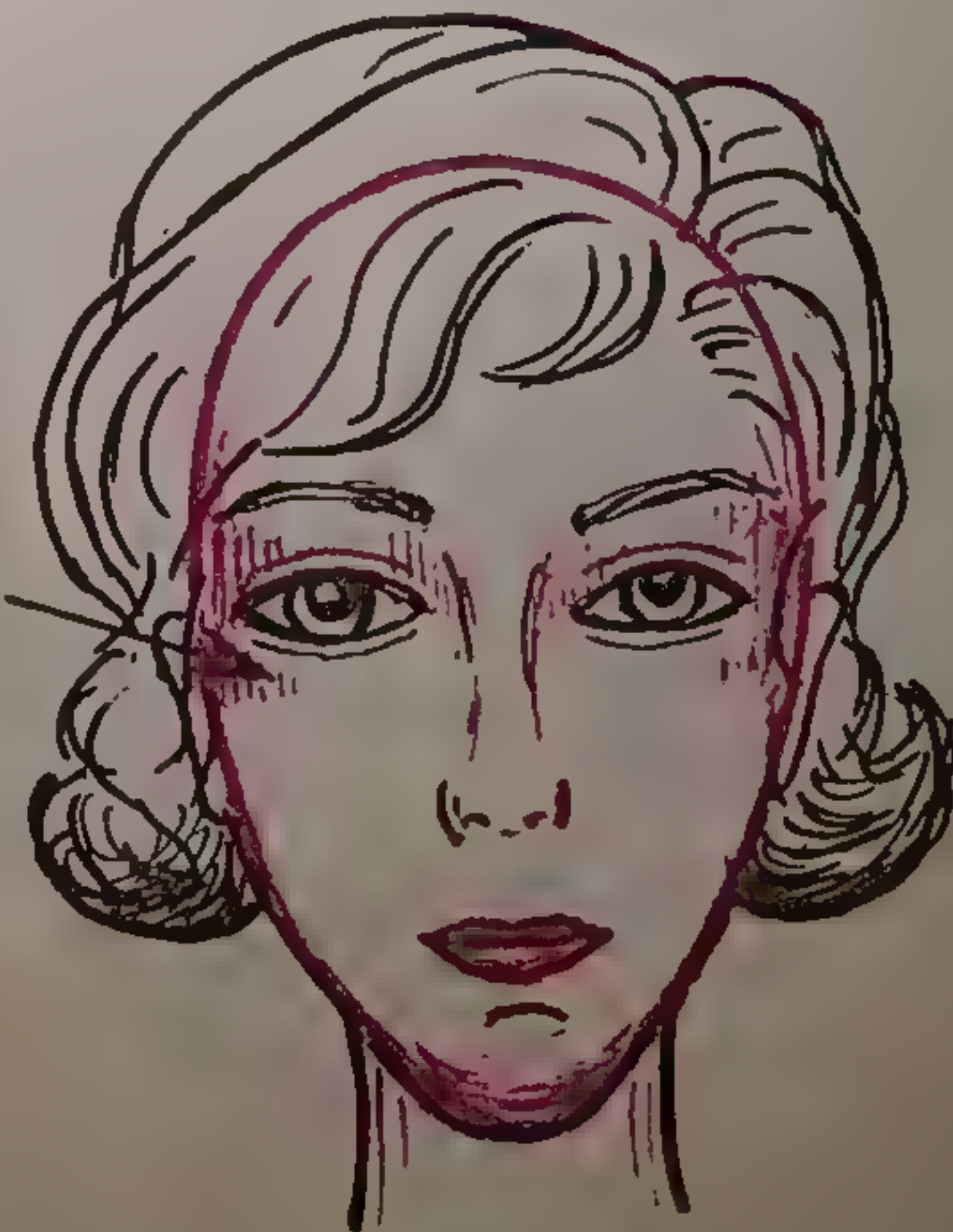
а



б



в



г

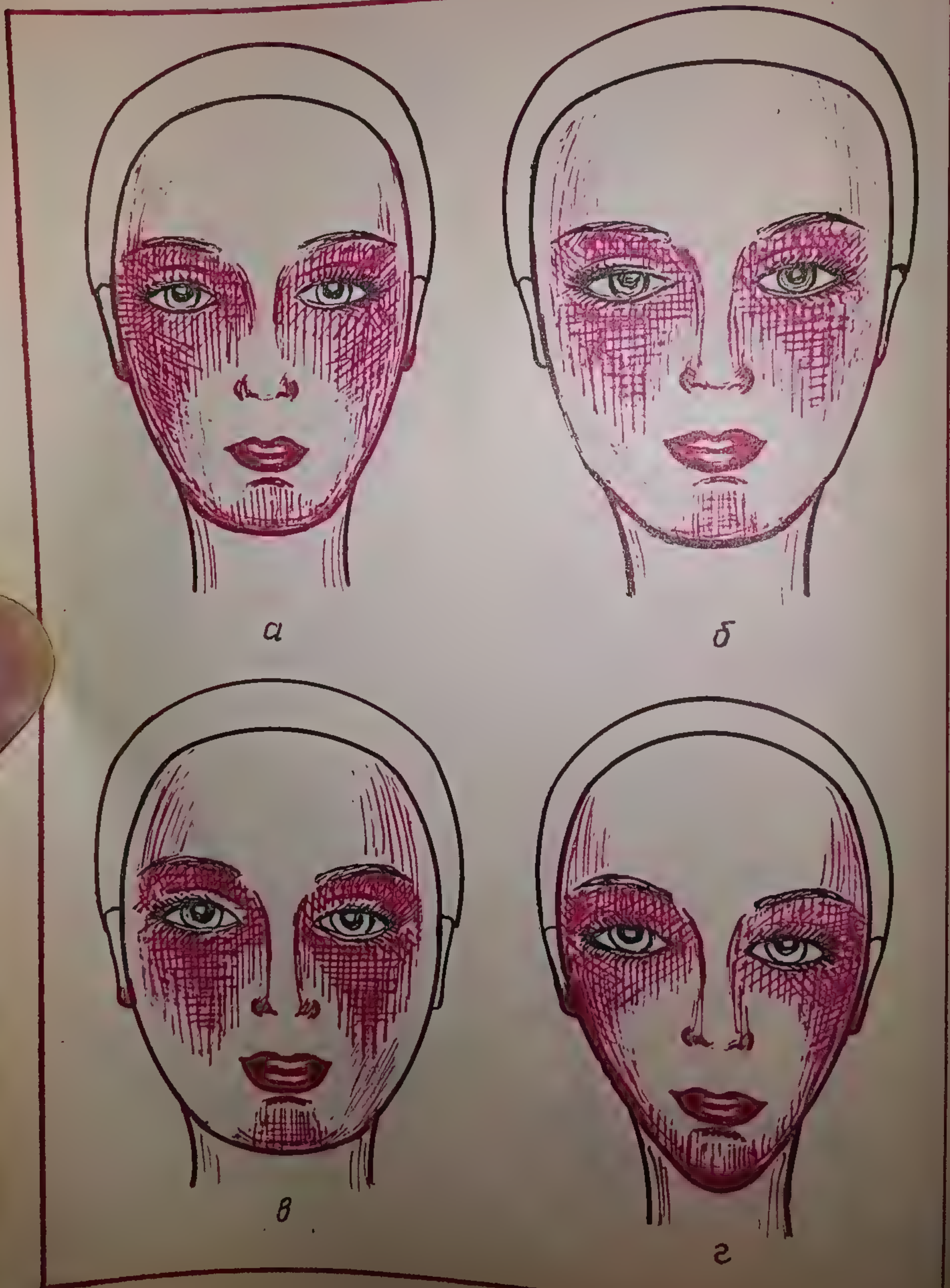
Темная пудра или темный тональный крем

кожу покрывают более темным тоном, включая подбородок (рис. 2,г):

Грани между тонами должны быть малозаметными, постепенными. Коррекцию овала лица можно успешно выполнить и

благодаря правильно подобранной причёске. Об этом вы можете прочитать в № 2 за 1993 год журнала «Сделай сам».

рис. 3



НАН
ных и т
нажима
движен
нии (с
тюбика
и шлеп
этом м
бочку.
по нап
руг гла
тельну
крем от
ют по н
ра под
ушей. К
тирая в
Расп
учетом
так как
лой же
может в
На р
румян
На
3,б) ру
лица, н
лости, а
Кру
3,в) кор
образом
вую вп
выпукл
ные ще
наложе
верхнюю
са, захв
Худо
«расши
Для это
ловая в
разной
румяна
они ста
ярче.
Цвет
лос, гла
чениям
моду в
малино
Румя
ют сму
тем рум
ность,
ваться
сухие (с
кие. По
жется
сухими
тампон,

НАНЕСЕНИЕ КРЕМОВ

(питательных и тональных) необходимо делать без нажима, легко и плавно, скользящими движениями в определенном направлении (см. рис. 1). Крем выдавливают из тюбика или пальцем достают из баночки и шлепками наносят на все лицо, при этом можно использовать и мягкую губочку. На лоб крем наносят снизу вверх по направлению к вискам. На кожу вокруг глаз, очень тонкую и более чувствительную, чем на других участках лица, крем от внутреннего угла глаза растирают по направлению к внешнему. От центра подбородка наносят крем к мочкам ушей. На щеки крем наносят снизу, растирая вверх, к вискам.

Распределение румян надо делать с учетом формы лица, а также возраста, так как сильно нарумяненное лицо пожилой женщины да и совсем юной девушки может вызвать улыбку окружающих.

На рис. 3,а показана схема нанесения румян на нормальное лицо.

На широком, квадратном лице (рис. 3,б) румяна распределяются по центру лица, на середину щек, скуловые выпуклости, а также на височные впадины.

Круглое лицо с полными щеками (рис. 3,в) корректируют румянами следующим образом: тон румян наносят на подскуловую впадину, несколько ниже скуловой выпуклости, а также на подбородок. Полные щеки можно зрительно уменьшить наложением румян более темного тона на верхнюю часть щеки, нижнюю часть носа, захватывая кожу, ближе к мочке уха.

Худое, продолговатое лицо можно «расширить» с помощью румян (рис. 3,г). Для этого наружные края щек, веки, скуловая выпуклость покрываются румянами разной интенсивности. В центре лица — румяна светлее, менее яркие, к уху и шее они становятся насыщеннее, темнее или ярче.

Цвет румян зависит от цвета кожи, волос, глаз, но можно следовать модным тенденциям. Например, в конце 80-х годов в моду входили румяна то оранжевые, то малиновые (разной интенсивности).

Румяна очень оживляют лицо, придают ему более здоровый вид. Но вместе с тем румяна могут придать лицу вульгарность, поэтому румянами надо пользоваться с осторожностью. Румяна бывают сухие (компактные, порошковые) и жидкие. После запудривания, если лицо кажется бледным, можно воспользоваться сухими румянами, используя ватный тампон, пуховку или заячью лапку.

Изменения природной формы: бровей, глаз, носа, лба, губ, подбородка, щек с применением косметических препаратов (пудры, тонального крема, теней, помады) требуют внимательного изучения лица.

БРОВИ. Короткие, светлые брови можно подкрасить коричневым карандашом, при этом форму их несколько удлинить (рис. 4). Подкрашивают брови отры-

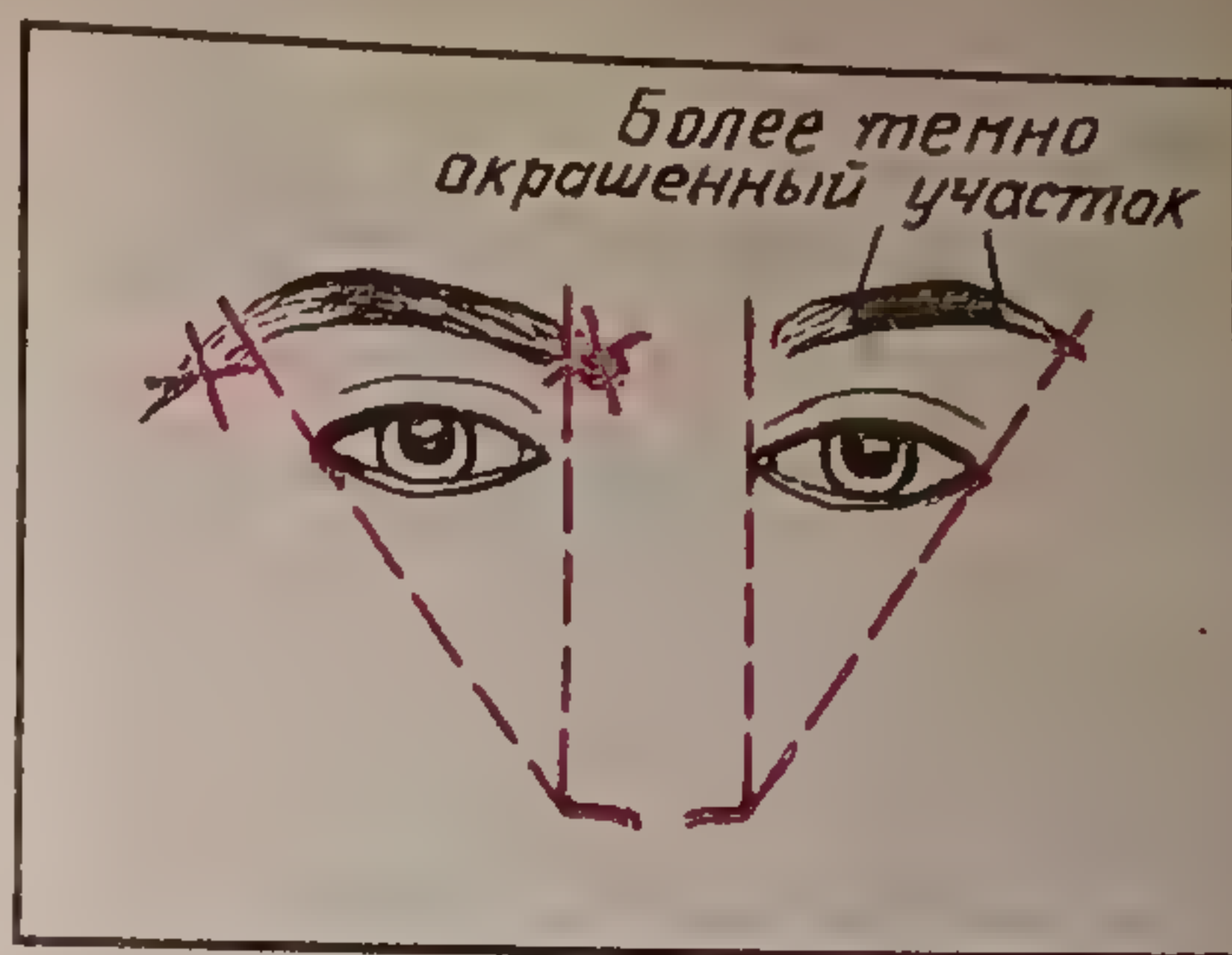


Рис. 4

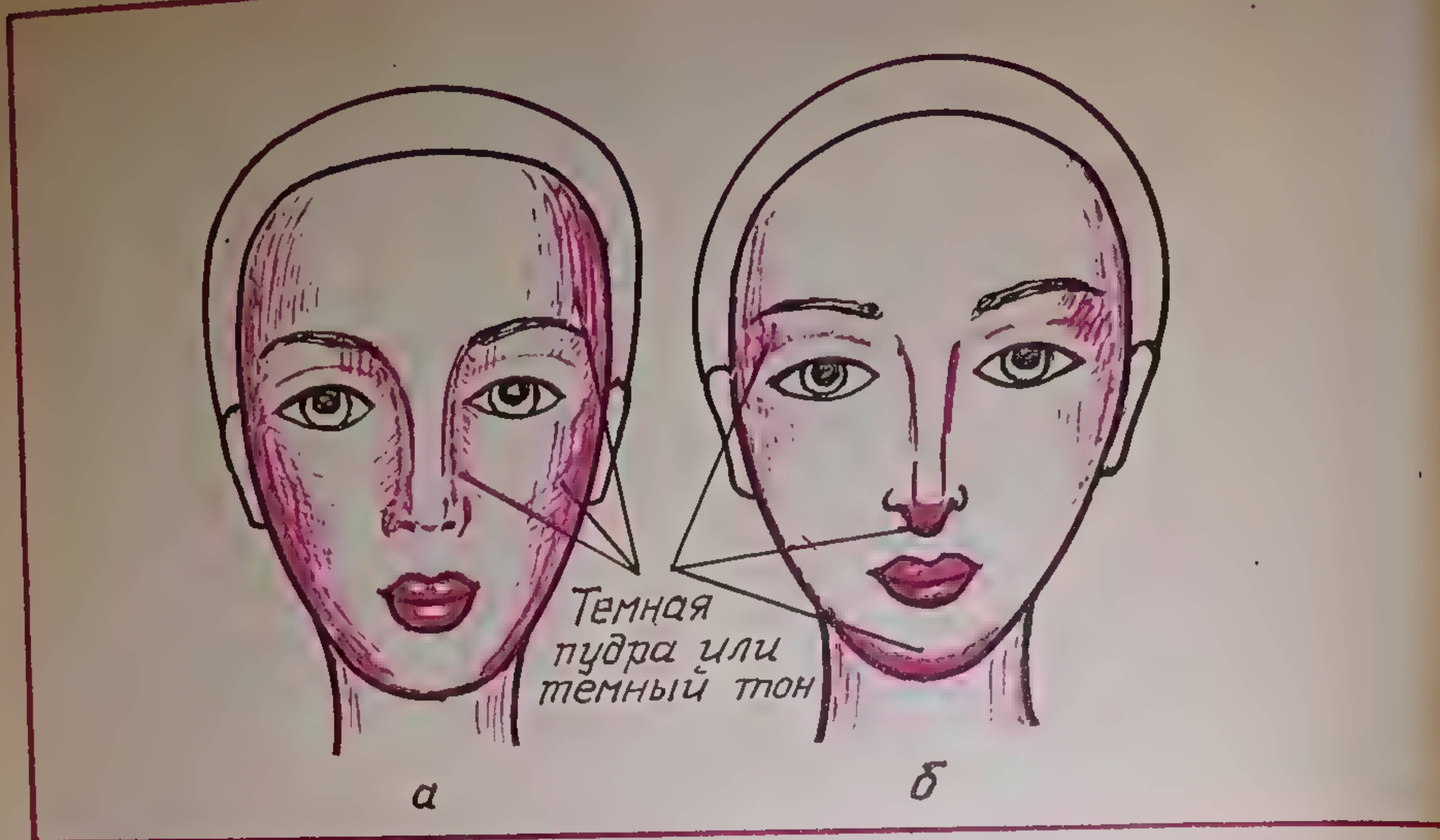
вочными движениями, используя карандаш или тушь для ресниц. Так как брови являются очень заметной деталью лица, то необходимо выбрать ту форму, которая вам больше подходит.

Тонкую форму бровям можно придать, прибегнув к выщипыванию лишних волосков.

НОС. Слишком широкий нос тонируют более темным тональным кремом или пудрой с левой и правой сторон, при этом «спинку» носа можно высветлить (рис. 5,а). Слишком длинный кончик носа можно немного «укоротить», затонировав темной пудрой нижнюю площадку (рис. 5,б).

ПОДБОРОДОК. Слишком большой, массивный или квадратный, острый, сильно выступающий вперед можно зрительно исправить, затушевав темной пудрой или тональным кремом так, чтобы отвлечь от него внимание (рис. 5,а). Слишком маленький подбородок наоборот высветляют пятном. Помните о том, что все светлые тона как бы приближают, выпячивают предмет, а темные, наоборот, углубляют, отделяют (рис. 5,б).

ЛОБ. Высокий, покатый, с сильно развитыми лобными буграми лоб можно затонировать темной пудрой. Ширину



уменьшить нанесением темного пятна на височные впадины, при этом соотношение цветовой гаммы должно быть продумано, тени — коричневые, серые (рис. 5,а).

РОТ. Губы очень заметны на лице, от их выражения зависит очень многое. На-

Рис. 5

пример, опущенные уголки губ могут придать лицу брезгливое выражение, а приподнятые — наоборот — веселость и доброжелательность.

Слишком узкие губы можно подрисовать контурным карандашом, при этом контур будет значительно темнее по отношению цвета внутренней части губ (рис. 6,а).

Слишком пухлые губы можно затонировать светлым общим тоном, а затем нарисовать новый контур карандашом (рис. 6,б).

Уменьшить разрез губ можно так: уголки губ затонировать светлым тональным тоном, а когда будете красить губы помадой, постарайтесь более интенсивно окрашивать середину губ (рис. 6,в).

Макияж последних лет то выделяет губы, заставляет окрашивать их очень ярко, то, наоборот, снимает акцент, перенося его на глаза, при этом окраска губ становится менее заметной, более бледной.

ГЛАЗА. Глаза по размеру могут быть большими, средними, маленькими. По форме — узкими, круглыми, миндалевидными, выпуклыми (на выкате), близкими, «падающими» (когда внешний угол глаза значительно опущен вниз по отношению к внутреннему углу глаза), раскосыми (монголоидная раса). На рис. 7, а —

рис. 6



рис. 7

маленькими, далековидными, широко расставленными, «падающими».

Роль макияжа при коррекции лица заключается в том, чтобы с помощью макияжа сделать лицо красивее.

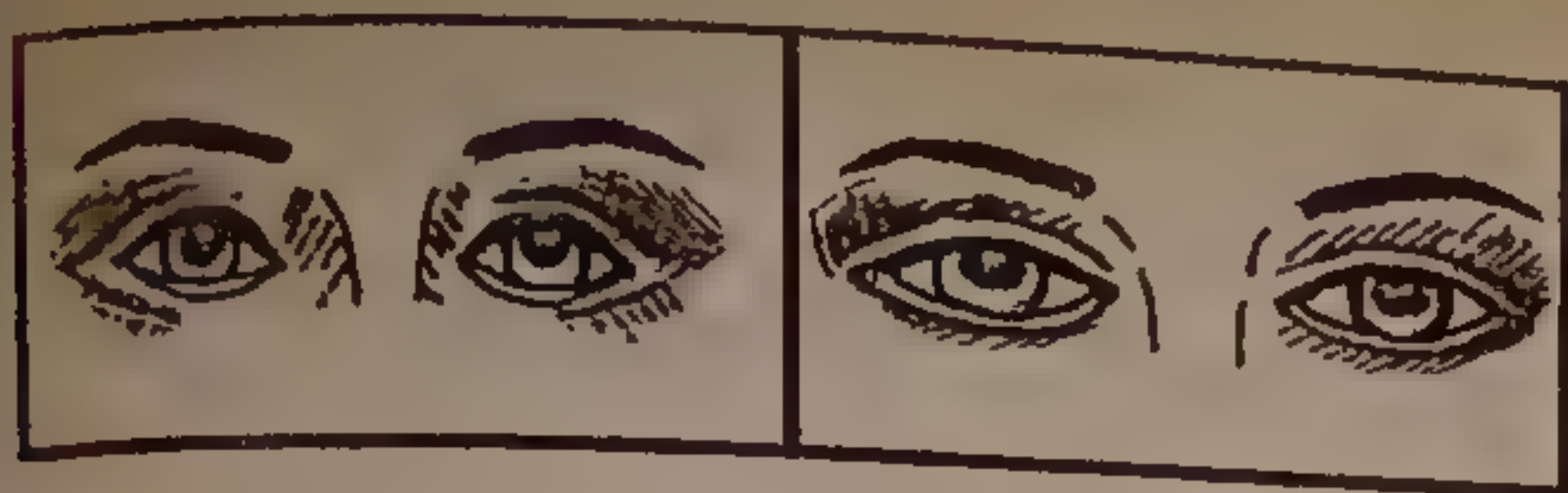
Поэтому цветовая гамма макияжа должна быть родственной природной окраске лица, но и сама по себе яркой (для глаз).

При подводке глаз и нанесении макияжа на губы следует помнить, что макияж должен быть гармоничным и помогать подчеркнуть достоинства лица.

корректировать форму лица.

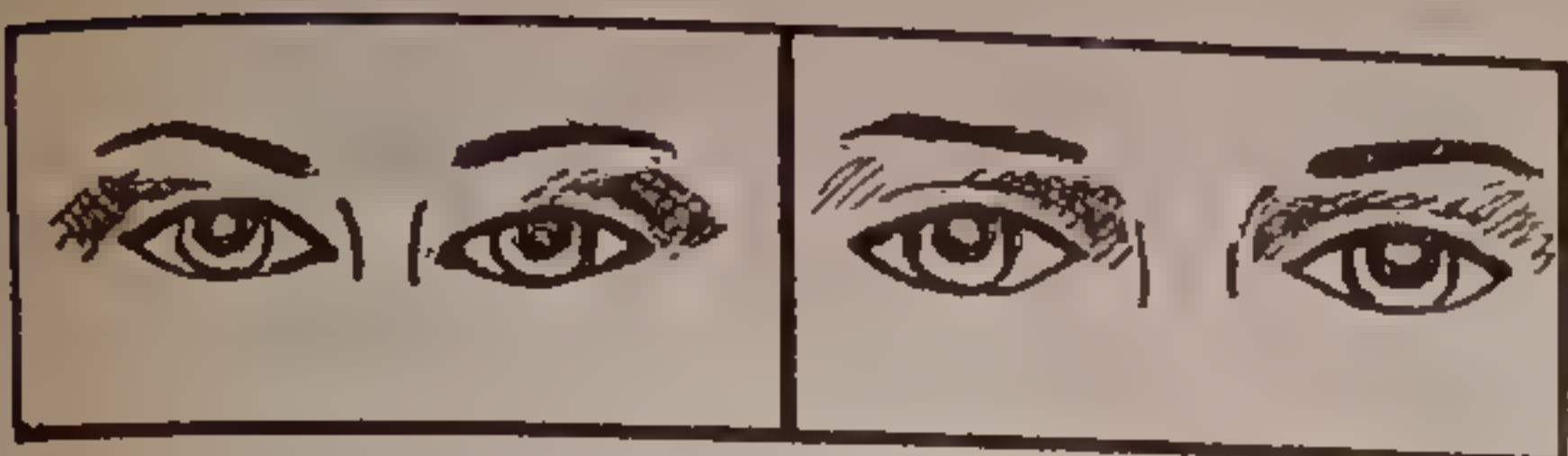


рис. 8



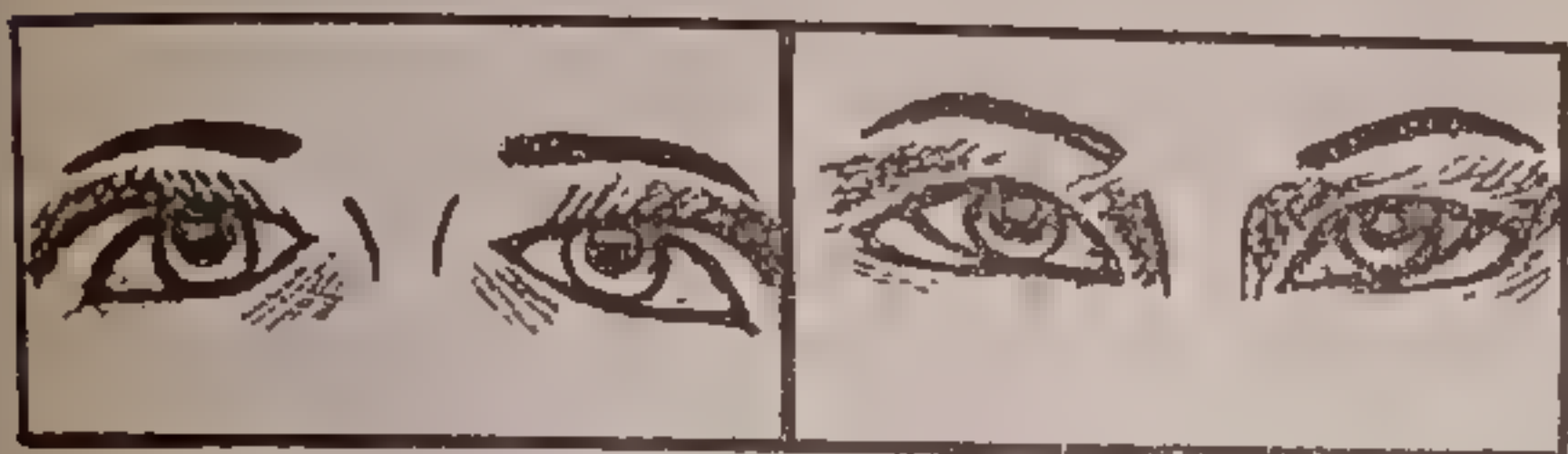
а

б



в

г



д

е

Рис. 7

маленькие круглые глаза, б — узкие миндалевидные, в — близко поставленные, г — широко поставленные, д — опущенные «падающие», е — раскосые.

Роль макияжа глаз велика, так как искони принято было считать, что глаза являются «зеркалом души», главным украшением лица.

Поэтому при выборе красок для глаз цветовая гамма должна учитывать природный цвет не только кожи лица, волос, но и самих глаз. Можно сочетать краски (для глаз) с цветом одежды.

При умелом использовании теней, подводки, окраски ресниц глаза можно сделать более привлекательными. Рис. 8 поможет вам четко представить схемы корректировки подводки глаз.

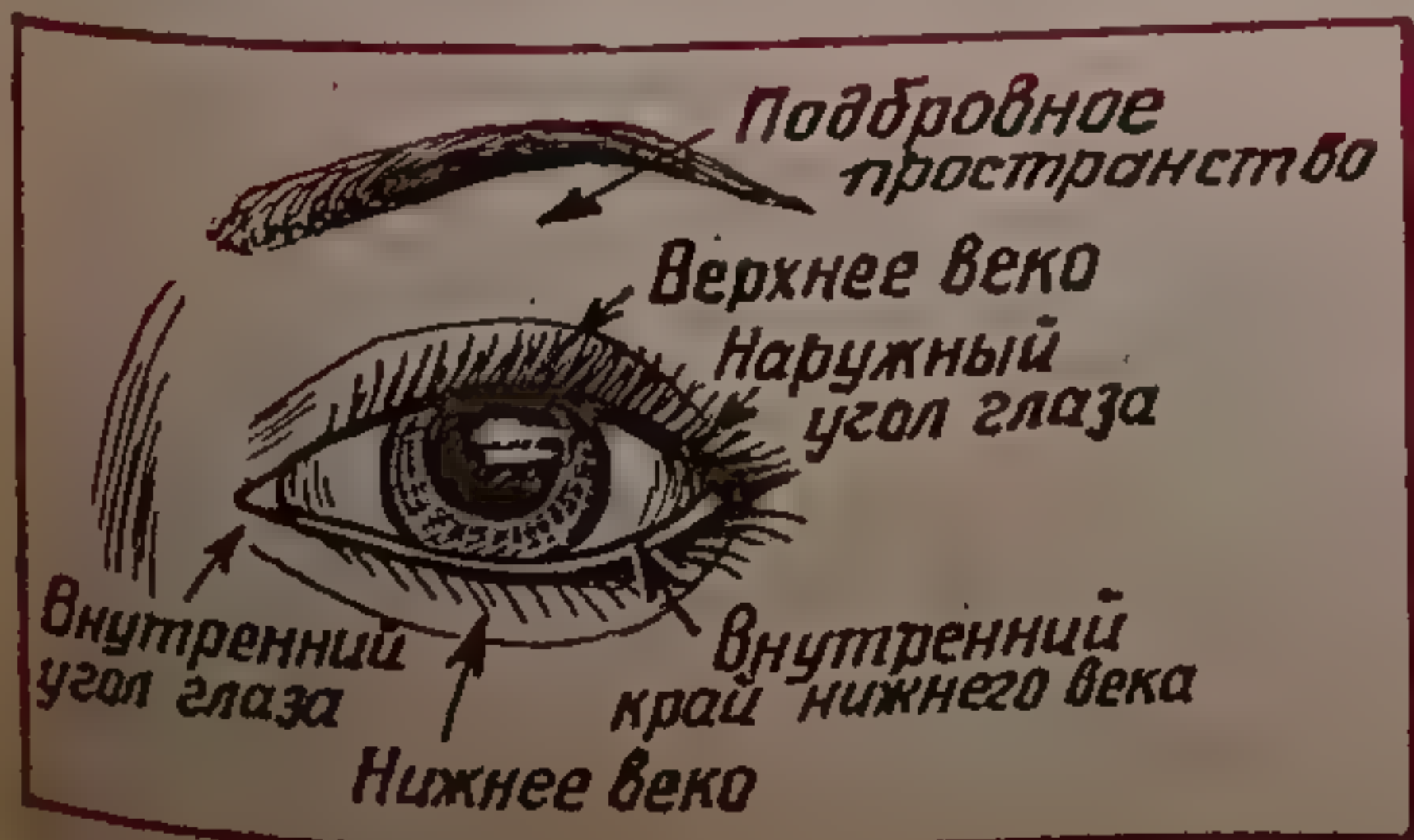


Рис. 8

Подводка глаз по верхнему веку (близко от ресниц) и наложение тени на подбровное пространство, нижнее веко и верхнее могут зрительно изменить как размер, так и форму глаз.

При выполнении этой работы необходимо учитывать индивидуальные особенности лица.

Увеличить форму глаза можно следующим образом:

контурным карандашом (черным, коричневым или синим, зеленым) провести по линии верхних ресниц. Между природной линией нижних ресниц наносят светлую пудру или тональный крем и после этого проводят темную линию, которая как бы имитирует нижние ресницы. Контурные линии должны быть немного длиннее, чем природные ресницы, выводя их к внешнему углу глаза.

Чтобы придать глазам округлую форму, подчеркивают темным по цвету контурным карандашом середину верхнего и нижнего века. Чтобы линия не смотрелась резко, растушуйте ее аппликатором. Тени должны сочетаться с цветом глаз.

Теперь перейдем к практическим советам, как откорректировать форму глаз.

Макияж для *небольшой округлой формы глаз* заключается в следующем: на веки наносят тени (заранее выбрать цветовую гамму — бежевые, коричневые, зеленые, малиновые, голубовато-серые, синие, сиреневые). Линию верхних и нижних ресниц проводят более четко темным карандашом. При этом цвет бровей можно не менять (рис. 7,а).

Узкие, миндалевидные глаза увеличивают за счет нанесения теней на верхнее и нижнее веко, как бы зрительно увеличивая их форму (рис. 7,б). (Вспомните, как увеличить форму глаза.)

Близко расположенные глаза (рис. 7,в) подкрашивают так, чтобы зрительно расстояние между глазами казалось больше. Для этого наносят светлые тени от внутреннего угла глаза до складочки верхнего века (светло-серые, светло-бежевые, светло-салатовые). Более темные тени (темно-малиновые, темно-зеленые, темно-серые, темно-синие) наносят от середины глаза до бровей, по подбровному пространству. Можно нанести аккуратно тени и на нижнее веко от середины к внешнему углу глаза. Брови можно сделать немного тоньше и не сильно подкрасить черным или коричневым карандашом. Они должны быть более светлыми и тонкими. Это зрительно сделает расстояние между глазами значительно больше.

Глубоко «посаженные» (расположенные) глаза не надо сильно обводить по контуру карандашом синего, черного, коричневого цвета.

Широко поставленные глаза тонируют так: более интенсивно окрашивают пространство у внутреннего угла глаза (коричневым, темно-синим, темно-серым). Верхнее веко от середины к вискам тонируют более светлыми тенями (светло-голубыми, светло-бежевыми). Брови окрашивают карандашом или кисточкой отрывочными движениями, по направлению к носу, чтобы зрительно сократить расстояние между бровями (рис. 7, г).

«Падающий глаз» можно зрительно «подправить» и сделать менее печальным, нанеся тени выше верхнего века у внешнего угла глаза. А на нижнее веко наносят легкие тени, растушевывают их аппликатором. Подводка верхнего века выводится к внешнему углу глаза, вверх (рис. 7, д).

Раскосость можно «исправить», нанеся светлый тон на внешний угол нижнего века, затем провести темным карандашом темную линию (коричневым, черным или синим) ресниц. Внутренний угол затемнить. На верхнее и нижнее веко можно нанести светлые тени. У внешнего угла глаза, на подбровном пространстве можно нанести более темный тон. Форме бровей придать округлую форму, типа «арочки», окрасить брови можно лишь слегка, выбрав карандаш под цвет волос (коричневый, черный, темно-серый) (рис. 7, е).

Макияж при использовании контактных линз. Многие люди заменили свои очки контактными линзами. Дадим некоторые правила выполнения макияжа для тех, кто носит контактные линзы.

При подборе косметических средств необходимо помнить о том, что сильные запахи могут вызывать аллергию, поэтому лучше подобрать косметику без отдушки.

Для подбровного пространства, верхнего и нижнего века лучше брать тени не порошкообразные, а кремообразные. Они лучше наносятся на кожу, при этом используют аппликатор или губочку. Не следует близко к внутренней части глаза наносить крупные блестки, перламутровые тени или блеск, используя кисточку, так как мелкие частицы могут попадать в глаза. Обводка глаза должна быть сделана только вдоль линии ресниц мягким карандашом или жидким айлайнером. Для ресниц можно использовать легкорастворимую тушь. Водостойчивая тушь снимается с ресниц маслами, моющими сред-

ствами, которые могут раздражать оболочку глаза.

Перед снятием макияжа контактные линзы снимают, очищают глаза ватным тампоном, смоченным в очищающее средство или лосьон без жира. Хорошо действует компресс из целебных трав (шалфей, мята), который успокаивает кожу глаз.

Запудривают лицо тампоном или пушистой кисточкой, стараясь не касаться век. Можно использовать компактную пудру. При использовании пульверизатора глаза плотно закрывают, чтобы в них не попали мелкие частицы. Будьте внимательны при использовании лака для волос, так как он может повредить линзы. Но если вы все-таки будете пользоваться им, то крепко зажмурьте глаза, прикройте их салфеточкой и только после того, как лак испарится, открывайте глаза.

Для женщин, которые носят очки, макияж также должен иметь свои особенности. При близорукости глаза можно красить сильнее, но брови не должны быть широкими, так как из-под очков глаза кажутся меньше.

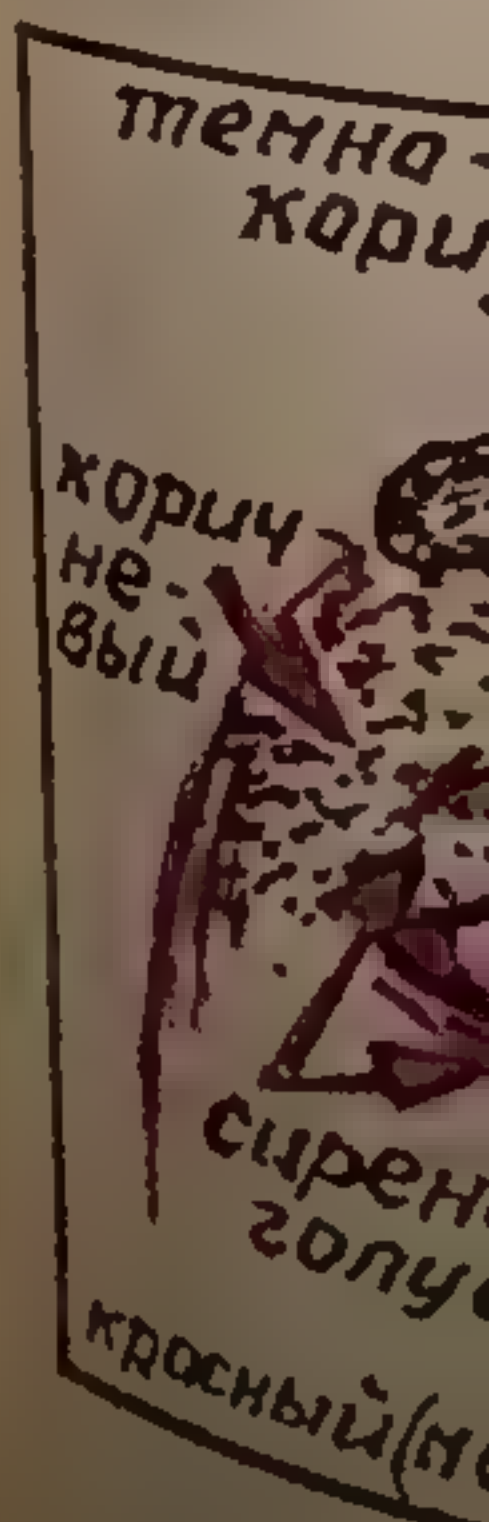
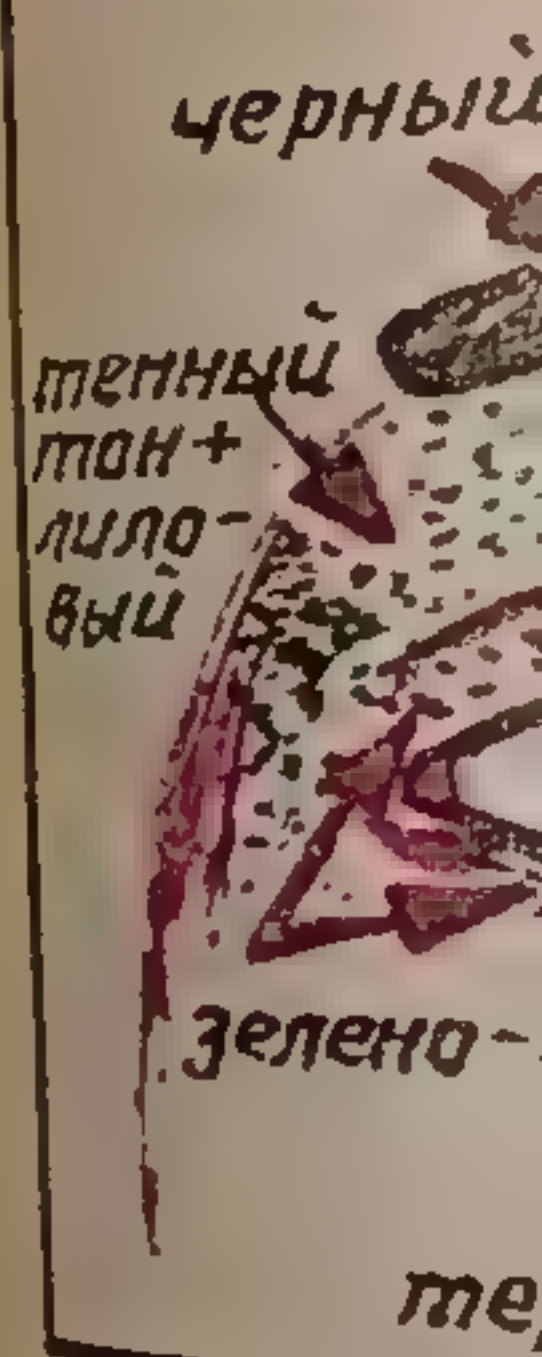
При дальнозоркости глаза выглядят увеличенно, поэтому при подводке можно использовать тени по правилу «нормальный глаз», т.е. наносить их по линии ресниц верхнего и нижнего века. Можно «уменьшить» форму глаза, подчеркнув только в середине линию ресниц верхнего и нижнего века. Для того чтобы зрительно расширить переносицу, можно высветлить внутренние уголки глаз, а для уменьшения расстояния между глазами можно наложить более темный тональный крем или воспользоваться компактной пудрой.

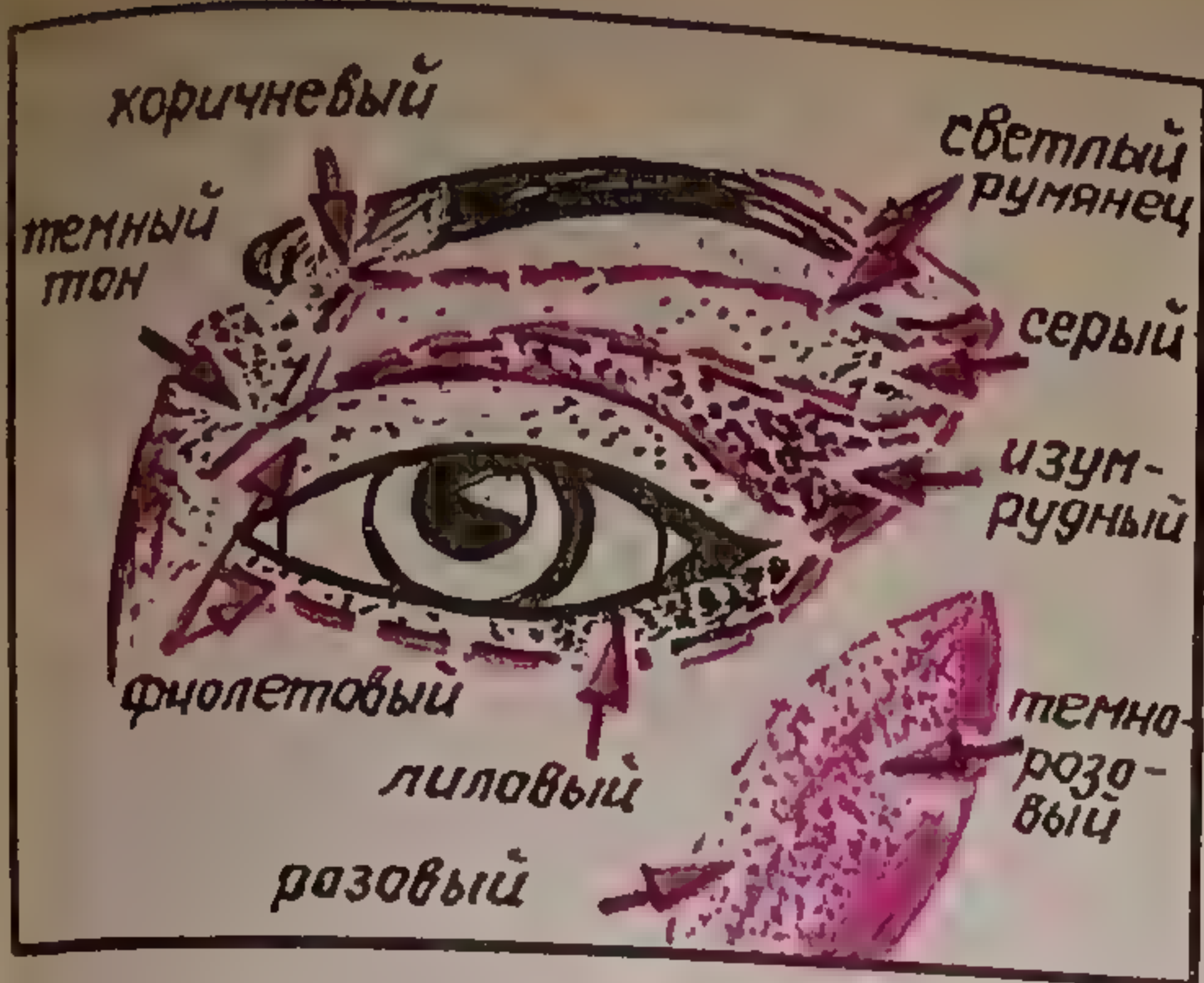
Лучше смотрятся тени пастельных тонов или светлые (светло-зеленые, светло-малиновые, светло-голубые, светло-бежевые).

При выборе цвета теней необходимо учитывать цвет стекол очков, цвет глаз, ресниц, кожи.

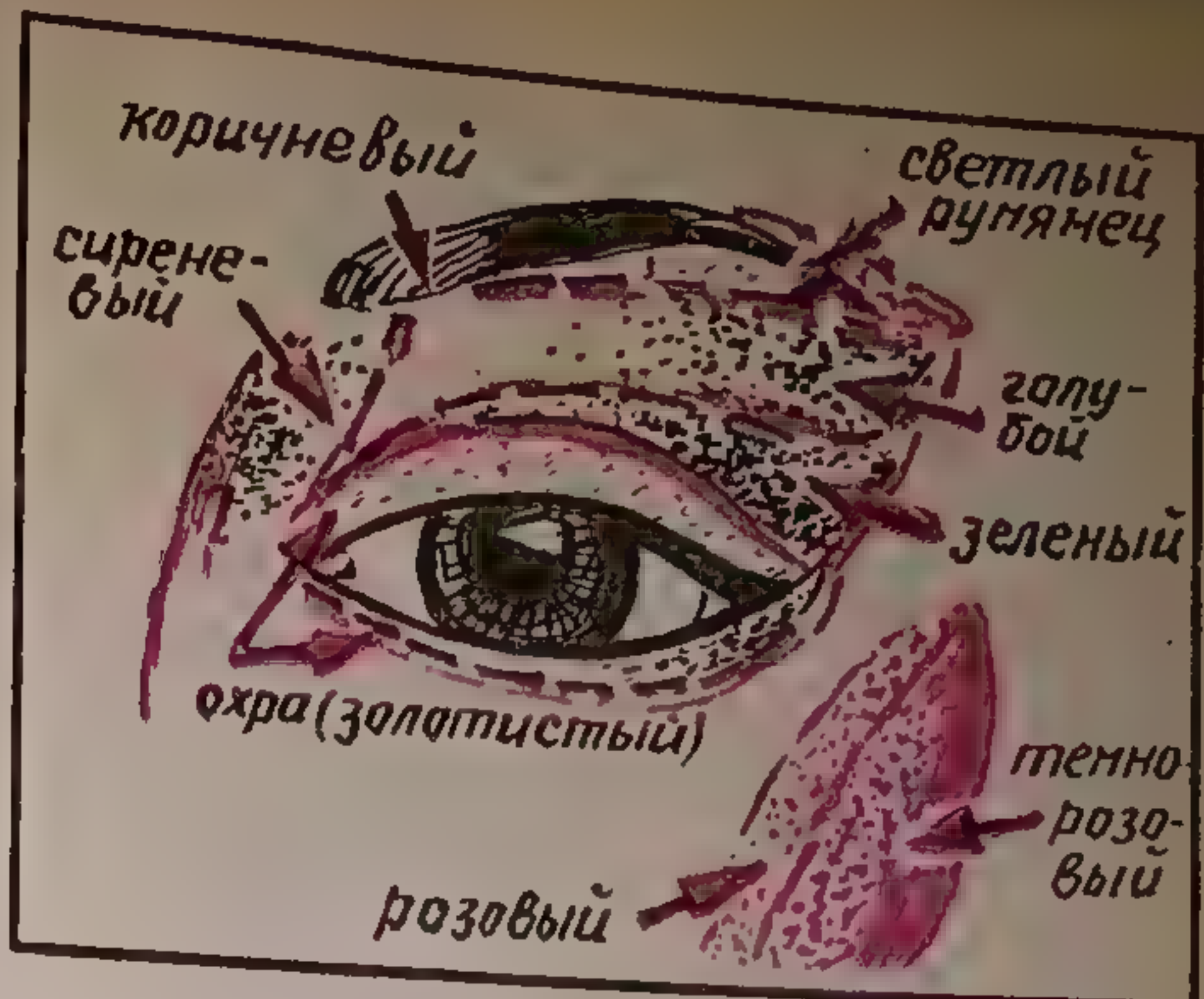
В заключение мы предлагаем несколько вариантов макияжей для различных женских типов.

Макияж для блондинки со светлыми глазами (рис. 9, а). Верхнее веко покрывают тенями изумрудного цвета, до бровей (подбровное пространство) окрашивают фиолетовыми тенями, интенсивнее красят у внешнего угла глаза. Линию ресниц верхнего века подчеркивают черным карандашом, нижнюю — лиловым карандашом. Ресницы подчеркивают лиловой, синей или черной тушью. Тональный тон —

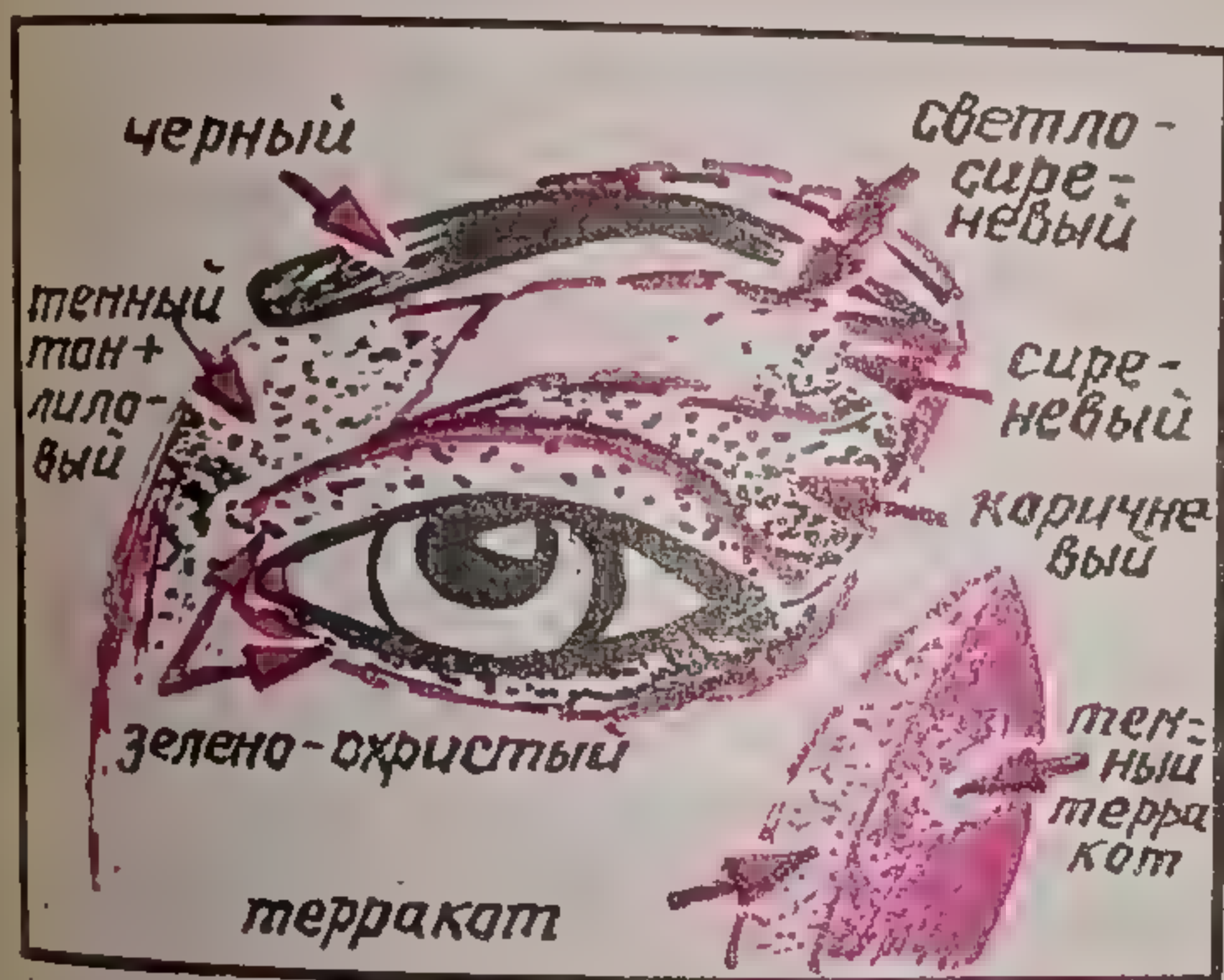




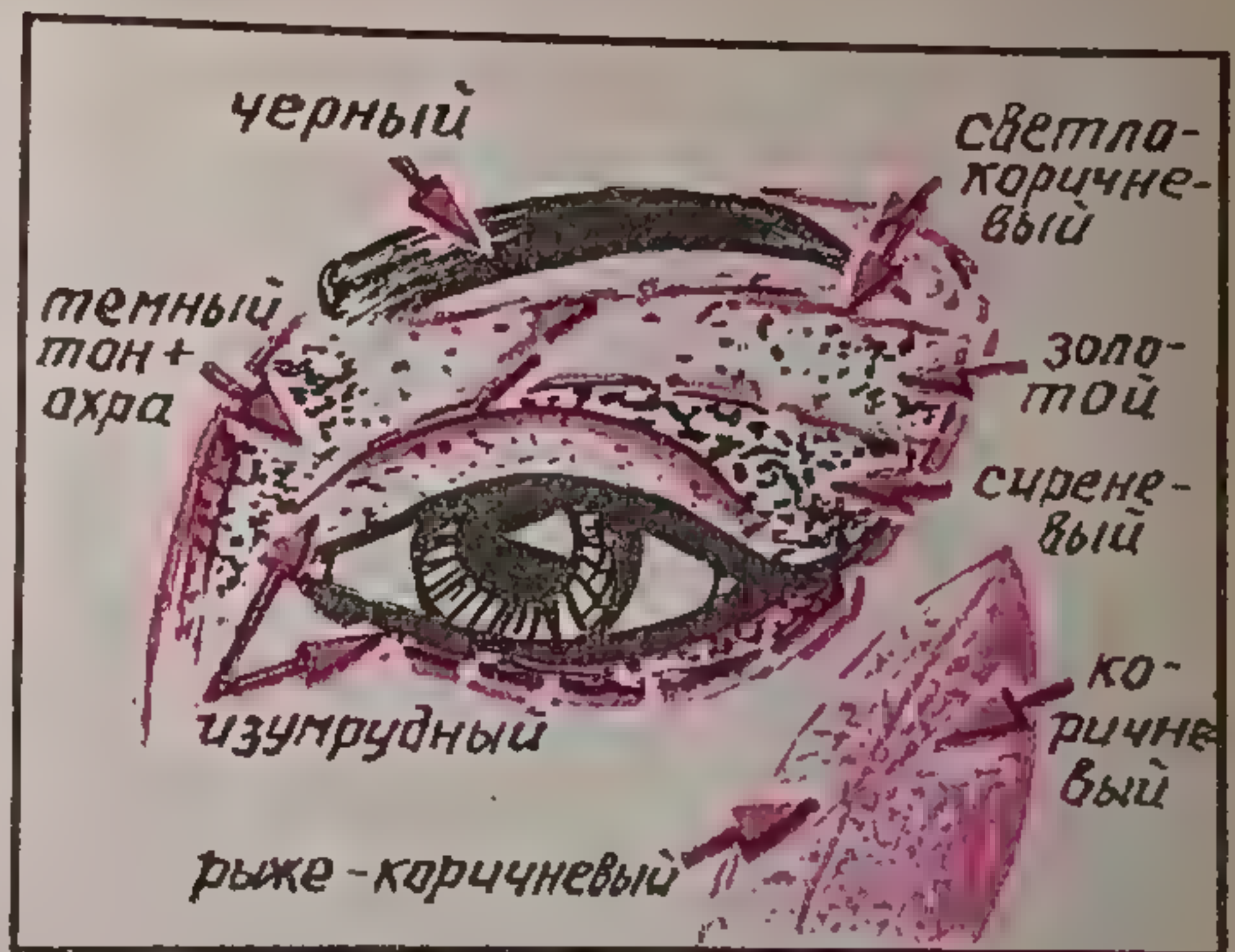
а



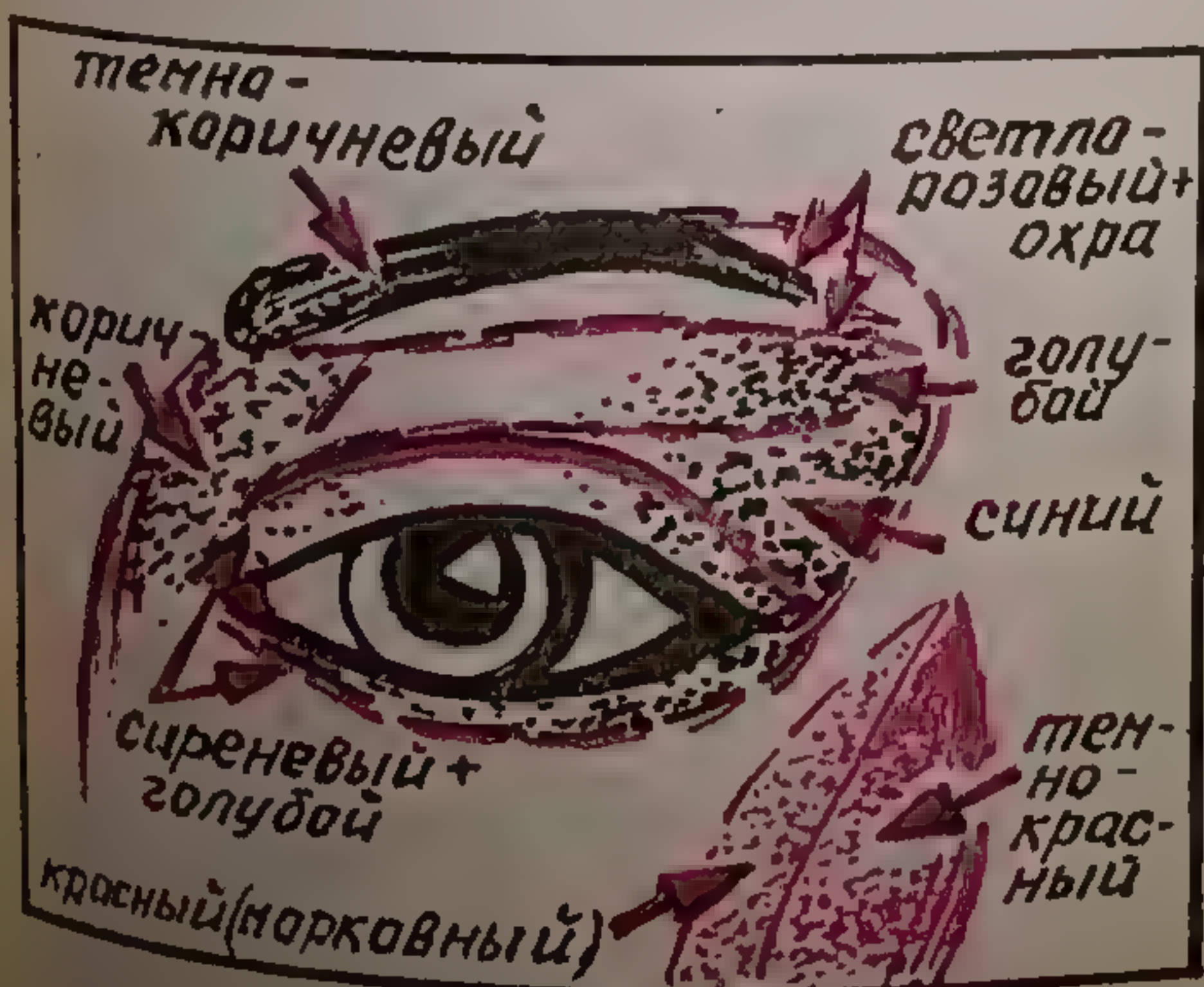
б



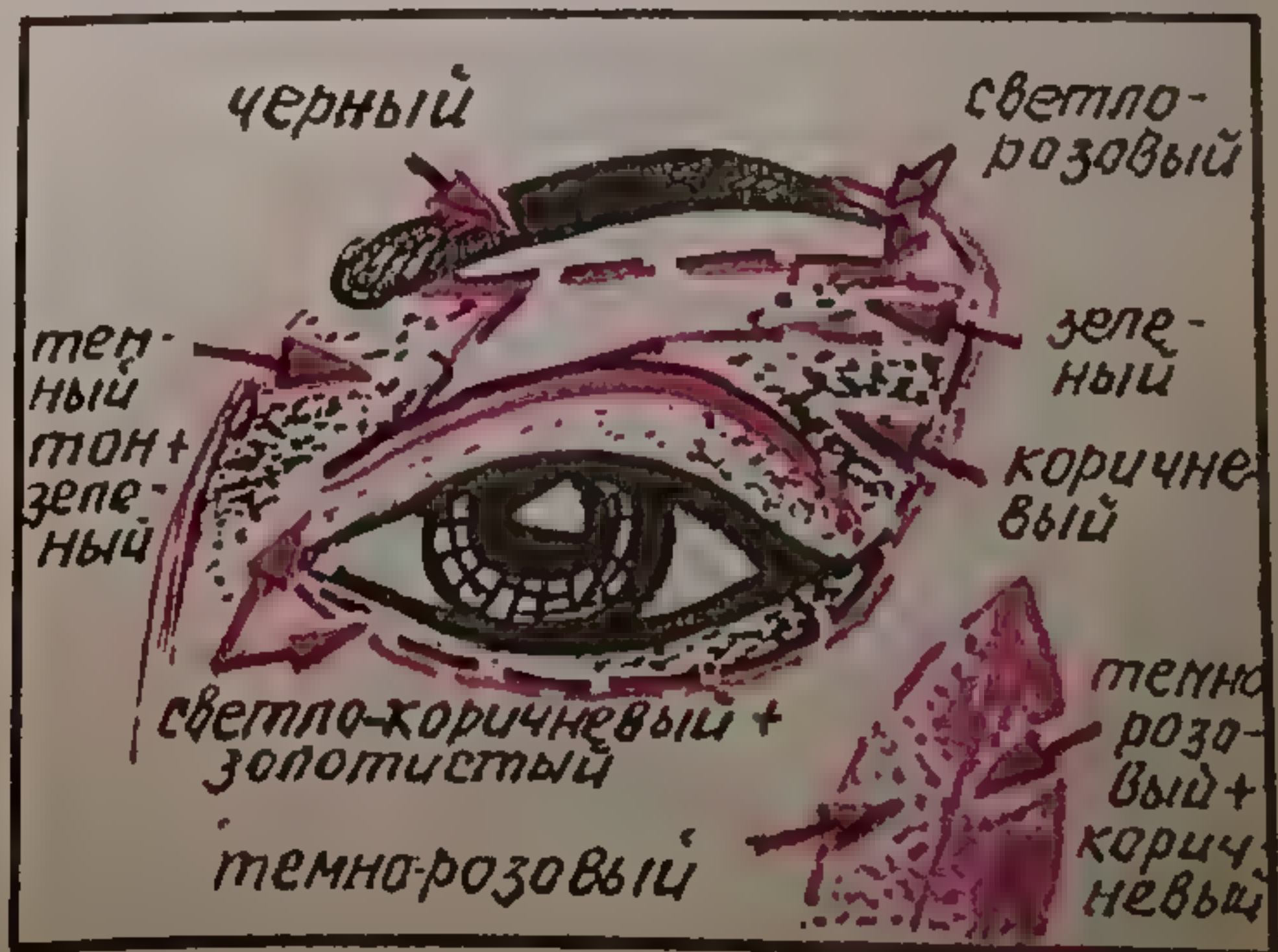
в



г



д



е

светлый, румяна — розовые, губная помада — розовая с перламутром.

Другой вариант: тональный крем — бронзовый, пудра — цвета загара. У внутреннего угла глаз наносят аппликатором зеленые тени. Верхнее веко покрывают золотистыми тенями. У внешнего уголка глаза до бровей (подбровное пространство) наносят тени серого цвета. Нижнее веко подчеркивают зеленым или черным карандашом. Ресницы окрашивают темно-зеленой или черной тушью. Цвет румян — кирпичный, губная помада — оранжевого цвета, можно сверху покрыть блеском.

Макияж для блондинки с темными глазами (рис. 9,б). Тональный крем — светлый, пудра — светлая. Сиреневые тени наносят у внутреннего угла глаза. Верхнее веко тонируют голубыми тенями. На подбровное пространство наносят легкие серые, скорее дымчатые тени. Линию нижних и верхних ресниц подчеркивают черным контурным карандашом. Можно слегка подкрасить нижнее веко серым цветом. Тушь для ресниц черная. Цвет румян — сиренево-розовый, помада — сиреневая с перламутровым блеском.

Макияж для брюнетки со светлыми глазами (рис. 9,в). Тональный крем — более темный, чем для блондинки, у внутреннего угла глаза — зеленые тени. По направлению к вискам у внешнего угла глаза — коричневые тени. Линию верхних и нижних ресниц подчеркивают карандашом зеленого цвета.

Тушь для ресниц коричневая, черная или темно-зеленая. Румяна — бежево-розовые, губная помада — розово-лиловая. Можно заменить зеленый цвет светло-салатовым, тогда изменится интенсивность коричневых теней, они могут быть бежево-охристые, более нежные.

Макияж для брюнетки с темными глазами (рис. 9,г). Общий тональный крем или пудра — цвет загара, персика, более темная, чем средний тон. Выбор цвета зависит от времени суток (утро, день, вечер). Вечерний макияж может быть более заметным, так как электрическое освещение делает цветовую гамму более бледной.

Брови окрашивают с учетом туалета или личного вкуса (черным, коричневым). Подбровное пространство тенями светлой гаммы: серовато-сиреневые, голубовато-зеленые, бежевые.

Подводка глаз контурным карандашом черного, коричневого цвета. Румяна тем-

но-красные, т.е. темнее, чем у блондинок. Иногда добавляют в румяна коричневой краски. Для губ помада яркая (красная, малиновая, фиолетовая).

Макияж для шатенки со светлыми глазами (рис. 9,д). Тональный крем или пудра могут быть естественных и более темных тонов с учетом цвета кожи, волос, глаз. Брови подкрасить коричневым или оставить естественного цвета.

Так как современная мода не терпит узких бровей, то, если у вас брови тонкие, можно подрисовать их сверху, отдельными штрихами, используя контурный коричневый, черный карандаш. Подбровное пространство — светло-серого, бежевого, светло-голубого или светло-зеленого цвета. Наружный угол верхнего и нижнего века тонируют более темными тенями, чтобы дать округлость глазу.

Современный макияж диктует более спокойную естественную гамму в макияже, поэтому не подбирайте контрастных ярких тонов.

Цвет румян — от светло-розового до светло-малинового. Помада — красная (чисто алый) до бордовых оттенков.

Для вечернего макияжа используют более яркие нарядные тени — перламутровые, «блестки». На губах ставят блики, обводка более темная, используя коричневый или бордовый карандаш.

Макияж для шатенки с темными (кариными, синими, черными) глазами (рис. 9,е). Практически макияж мало чем отличается от макияжа, который подходит для шатенок со светлыми глазами.

Тональный крем или пудра естественных тонов, румяна — цвета спелого персика, с коричневатым оттенком. Подводка глаз более интенсивна, используют корректировочный карандаш черного, синего, коричневого цвета. Можно при выборе цвета учитывать цвет глаз.

Для верхнего века — светло-коричневый, темно-серый, для нижнего — светло-бежевые тени, нежной зелени. Подбровное пространство — коричневатых, зеленоватых, золотистых тонов.

Контур губ сильно прорисовать темным карандашом, внутреннюю часть окрасить теплыми красными тонами (морковный, терракота, цвет обожженного кирпича), а также ярко-красным.

Правильно, со вкусом выполненный макияж может обеспечить вам успех не только среди мужчин, но и среди ваших подруг, а также хорошее настроение для себя.

Приправы и закуски

Холодные закуски возбуждают аппетит, стимулируют деятельность пищеварения. Поэтому они, как правило, бывают острыми и должны быть красиво оформлены.

Обилие и разнообразие холодных закусок характерны для русской кухни. Подают их с самыми различными приправами: с хреном, квасом, уксусом, рассолами, чесночной заправкой и другими приправами, придающими закускам пикантный вкус и остроту.

Обычно сначала подают «вступительные закуски»: капусту, грибы, моченые яблоки, бруснику, а затем холодные блюда. Нередко составной частью закусок и приправ служит хлеб, сухарики.

Редька с сухариками

Черный хлеб без корки нарезают фигурными кусочками (полумесяцами, ромбами и т.п.), посыпают солью, обжаривают на растительном масле. Тертую редьку заправляют квасом или уксусом, кладут в салатник, посыпают зеленым луком и по краям обкладывают кусочками обжаренного хлеба.

Хрен по-славянски

Белую редьку очищают от кожицы, протирают на терке, солят, отжимают, чтобы из нее вытек сок, который не употребляется. Мякиш ржаного хлеба измельчают и подрумянивают в духовом шкафу. Затем в равной пропорции смешивают маринованный хрен, редьку и хлеб и разводят столовым или яблочным уксусом, а потом растирают, чтобы получился густой соус. Добавляют соль по вкусу, мед (150 граммов на килограмм соуса), порошок душистой мяты или гвоздики и подают к столу.

Заправка в тертую черную редьку

Ломоть черного хлеба нарезать соломкой и подсушить в течение 5—8 минут в открытой духовке. Редьку натереть на крупной или мелкой терке. Луковицу испечь в духовке целиком и в кожуре, затем нарезать мелко, смешать со столовой ложкой меда, двумя — кваса, таким же

количеством подсолнечного масла, столовой ложкой с верхом ржанных сухариков, добавить соль по вкусу. Смешать до однородной массы с тертой редькой, дать постоять минут десять, подавать к столу.

Холодное тельное

Рыбу очищают, потрошат, промывают и разрезают вдоль по позвоночнику. Затем отделяют реберные кости и позвоночник. Полученное филе кладут на доску кожей вниз и срезают мякоть с кожи. Мякоть измельчают на мясорубке, добавля-

Н.Н. Логинова

БЛЮДА
ИЗ ЧЕРСТВОВОГО ХЛЕБА

ют слегка обжаренный на масле лук, замоченный в молоке хлеб, сырые яйца, перец и хорошо перемешивают. Можно добавить в фарш чеснок.

На марлю кладут промытую рыбу, на нее фарш, оформленный в виде батона, толщиной 8—9 см. Фарш обертывают кожей и марлей, перевязывают.

Сформованные батоны кладут в котел или другую посуду, наливают немного воды или рыбного бульона, добавляют соль, лавровый лист, закрывают крышкой и варят, затем охлаждают. Готовое тельное разворачивают, нарезают кружочками, укладывают на блюдо с гарниром из соленых огурчиков, отварных, мелко нарезанных овощей, зеленого горошка и зелени. Отдельно подают хрен с уксусом или чеснок рубленый с квасом (уксусом).

Рыба (судак, треска, щука, морской окунь и др.) без костей — 100 г, яйцо — 1/3 шт., хлеб — 18 г, молоко — 20 г, лук репчатый — 30 г, масло топленое — 9 г, чеснок — 0,8 г.

Рибизель

Эта приправа пришла к нам из старой австрийской кухни (конца XVIII—начала XIX века). Рибизель подают в холодном виде к дичи, отварной холодной курице.

Полтора стакана свежей смородины не сильно помять толкушкой, чтобы чуть пустила сок, сложить в сотейник, засыпать половиной стакана сахара и быстро сварить, в конце варки добавить столовую ложку 6%-ного яблочного уксуса, помешать, засыпать две столовые ложки хорошо прожаренных сухарей, мелко толченых, вновь перемешать, прогреть в течение минуты, снять с огня, остудить.

Если рибизель готовится без уксуса и соли и только с одной ложкой сухариков, то его можно использовать как приправу к рисовым пудингам, бабкам и т.п.

Оранженкрен (апельсиновый хрен)

Приправа взята из той же австрийской кухни. Ее используют к заливным блюдам, холодцам, студням, отварному мясу и рыбе.

Вам понадобится 100 г сахара, апельсин, сок двух лимонов, кофейная чашечка тертого хрена (две полные столовые ложки с верхом), три крутых желтка, столовая ложка хорошо прожаренных, мелко толченых сухарей, две-три столовые

ложки яблочного уксуса, ложка кипяченой холодной воды.

Кусками сахара постепенно стереть цедру целого апельсина, выдавить в эту массу сок апельсина, добавить лимонный сок, слегка прогреть (проварить), чтобы сахар, цедра и сок образовали однородную массу. Охладить, добавить тертый хрен. Закрывать, дать постоять 5—10 минут. В это время крутые желтки и сухари нут. Добавить уксус, воду, все перемешать, добавить уксус, воду, все прогреть на слабом огне, растирая до образования пасты, а затем ввести эту пасту в смесь сока цитрусовых и хрена, все тщательно размешать, дать постоять минут пять и, если масса будет слишком густа, разбавить по желанию лимонным соком или кипяченой водой.

Мидии рубленые

Мидии (200—250 г) припустить в небольшом количестве воды или молока с добавлением репчатого лука, душистого перца-горошка и лаврового листа минут двадцать (варить, закрыв крышкой).

Затем обжарить на растительном масле, добавив нарезанный лук, после чего смешать с размоченным пшеничным хлебом (1/2 городской булки), добавить нарезанные кусочками яблоки и пропустить все через мясорубку. Измельченную массу заправить растительным маслом, уксусом, солью и перцем по вкусу, выложить на селедочницу, придав форму рыбы, и посыпать рубленым яйцом.

К этой холодной закуске хорошо подать свежие огурцы, помидоры или редис.

Соус сухарный

В разогретое масло всыпать мелко истолченные сухари и, поставив кастрюлю на огонь, дать сухарям зарумяниться. Можно также сначала сухари поджарить на сковороде без масла, а затем соединить их с растопленным маслом. На две столовые ложки сухарей потребуется три-четыре ложки масла. Сухарный соус подают к овощным блюдам. Прекрасен он, например, к цветной капусте.

Супы из хлеба и сухарей

По составу и технологии хлебные супы очень просты. Но важна при их приготовлении предварительная подготовка.

Дело в том, что для хлебных супов годен не всякий хлеб, а только тщательно просушенные сухари из хорошо пропеченного хлеба. Ржаные сухари надо сушить специально. Пользоваться черствым хлебом, вовсе уж залежалым для таких супов, нельзя. Будет невкусно, даже противно. Зато правильно сделанный хлебный суп — объедение.

Как же приготовить сухарики? Да очень несложно. Буханку не до конца зачерствелого черного хлеба надо нарезать на тонкие узкие ломтики и высушить на слабом, шадящем огне в духовке, не дав подгореть.

В большинстве рецептов горячих супов эти душистые рассыпчатые сухарики нужно заливать крутым кипятком и дать часа два размокнуть. Если спешите, можно их размолоть в кофемолке и тоже залить кипятком. Но не просто залить водой, а дать им созреть до студенистой массы, которая и даст супу особый вкус. А созревание требует времени, так что лучше все-таки не спешить.

Затем надо поставить эту студенистую массу на слабый огонь, причем обязательно в эмалированной кастрюле. Хлебная масса должна только разогреться, но ни в коем случае не закипать, ведь вы и так залили ее кипятком.

Но вот хлебная масса прогрелась. Пора положить в нее немного сахара, еще лучше меда или того и другого. Затем добавить сухофрукты или яблоки, можно сливы или любое варенье, но обязательно лишнее кислинки. Только в этом случае суп приобретет свой настоящий вкус и превратится в лакомство. Но и теперь это пока только полуфабрикат.

Готовым суп будет лишь после того, как мы введем в него еще и пряности — корицу, бадьян, тмин, гвоздику, — каждой на кончике ножа, а сверху наденем «шапку» из взбитых крепких сливок или сметаны.

Кто не попробовал настоящего хлебного супа — удивительного лакомства, тот «допустил, несомненно, пробел в своем кулинарном и вкусовом образовании».

Суп хлебный

Поджаренные хлебные сухари залейте кипятком, дайте настояться, процедите. Хлебную массу протрите через сито, добавьте сахар, сухофрукты, корицу. Заправьте затем суп фруктовым соком и охладите. Подайте со взбитыми сливками, взбитой сметаной или молоком.

Хлеб — 65 г, сухофрукты — 20 г, сахар — 30 г, сок фруктовый — 40 г, вода — 150 г, сливки или сметана — 15 г.

Французский суп

Выбрать самый белый кочан капусты, пять морковок и столько же репы, все хорошенько нашинковать, прибавить ложки четыре масла и сложить в небольшую кастрюлю. Крепко закрыв, поставить в духовку, чтобы упрело. Через полчаса вынуть из кастрюли, опустить в бульон и дать хорошенько упариться. К этому супу обязательно приготовить гренки из белого хлеба.

Суп этот, заимствованный из Франции, в прошлом веке был очень популярен в России.

Суп с тертым хлебом

Истолочь черные сухари, смешать их с маслом и поджарить на сковороде. Можно для вкуса прибавить немного сахара. Когда сухари хорошо поджарятся и чуть остынут, нужно смять сухари наподобие корки и положить в миску. Налить в кастрюлю бутылку воды и стакан вина, поставить на огонь, дать хорошенько прокипеть. Затем взбить три желтка и осторожно опустить в суп, который затем вылить в миску, где лежат обжаренные сухари.

Холодный суп с малиной

Стакан малины перебрать, промыть, дать стечь воде, перемять и посыпать ста граммами сахара. Влить пол-литра горячей воды, столько же яблочного сока, охладить. Добавить крошки просушенной сдобной булочки, можно и крошки печенья.

Если вместо воды взять молоко, то нужно влить его в ягоды перед самой подачей на стол, чтобы сок ягод не смешался с молоком. Вместо яблочного сока можно использовать легкое белое вино.

Так же готовят холодный суп с земляными орехами, черникой, смородиной.

Суп пивной

Пиво кипятят с тмином. Желтки растирают с сахаром, разводят холодным пивом и, интенсивно помешивая, вливают в горячее пиво. Затем суп подогревают, не доводя до кипения. Подают суп с румяными гренками из белого хлеба с сыром.

Сырную массу для гренков готовят так: творог прогревают с растопленным сли-

вочным маслом, помешивая, до образования однородной консистенции и постепенно, тонкой струйкой, вливают в посуду яйца, смешанные со сметаной, солью и тмином, массу размешивают и снова прогреваются, не передерживая, однако, на огне, иначе сыр станет твердым. Готовую сырную массу выкладывают в смазанную маслом посуду и ставят на холод.

Пиво — 500 г, сахар — 100 г, 2 яйца, тмин — 2 г.

Для гренек: творог — 500 г, масло сливочное — 50 г, яйцо, сметана — 50 г, тмин — 1 г, хлеб пшеничный — 100 г.

Суп пивной сладкий

Яйцо, взбитое с сахаром, смешивают с пивом и вливают смесь в горячее кипящее молоко. Жидкость подогревают и заливают ею нарезанную кубиками булку. Подают в холодном виде.

Молоко — 125 г, пиво — 60 г, сахар — 15 г, яйцо — 1/2 шт., хлеб пшеничный — 10 г.

Суп «Столичный»

Старинный этот рецепт незаслуженно забыт в России. А когда-то им угощали гостей из Скандинавии, Германии и Франции, которым был он ой как по душе! Он и действительно очень вкусен. И еще питателен, сытен, дешев да к тому же может быть диетическим блюдом для детей и людей преклонного возраста, больных.

Поджаренные в духовке сухари ржаного подового хлеба запарить кипятком и дать отстояться. После этого протереть полученную массу через сито, добавить изюм, сахар, корицу, нарезанные ломтиками яблоки и протертую клюкву. Полученную массу прокипятить минут десять, остудить, разлить в десертные глубокие тарелки. Перед подачей в каждую тарелку положить по две ложки взбитых сливок.

Суп «Столичный» можно приготовить и из белого хлеба. Но его следует предварительно пропечь до светло-розового цвета в духовке.

Для супа на четыре порции потребуется: 1 кг черствого хлеба, 200 г изюма, такое же количество сахара и сливок, 300 г яблок, 100 г клюквы, два литра кипятка, чайная ложка корицы.

Итальянский суп

Четыре куса белого хлеба намазать маслом и слегка обжарить. На каждый

кусочек положить по кусочку плавленого сыра, накрыть сковороду крышкой и жарить на огне до тех пор, пока сыр не начнет плавиться. Затем каждый кусочек хлеба положить в суповую тарелку, сверху вбить по сырому яйцу и вливать кипящий мясной бульон так, чтобы он лился на яйцо. Готовый суп посыпать нарезанной петрушкой.

Суп с яблоками и хлебом

Сто пятьдесят граммов крошки черствого черного или белого хлеба размочить в литре воды, на слабом огне сварить до образования пюре, заправить кусочком лимонной цедры и по желанию корицей. Готовый суп размешать миксером или процедить через ситечко. Добавить вымоченный изюм без косточек. Еще раз недолго поварить, затем потомить в нем кусочки яблок, заправить сахаром, солью, добавить маргарин.

Холодный суп с пивом

В пиво добавить нарезанный тонкими ломтиками лимон, сахар, промытый изюм (лучше — коринку), затем протертый или порезанный тонкими ломтиками хлеб. Все хорошенько перемешать. Тот, кому не по вкусу лимон, может использовать не плод, а лимонный сок.

2 бутылки светлого или солодового пива, 1/2 лимона, 100 г сахара, 50 г изюма, 150 г хлеба.

Холодный суп с пахтой

Нарезанные крупными кусками двести граммов черного хлеба полить литром пахты, дать пропитаться.

Суп с тмином

Четвертинку буханки черного хлеба нарезать небольшими кусочками, добавить измельченный репчатый лук и все поджарить на маргарине, залить горячим бульоном, заправить солью, растертым тмином и перцем.

Деревенский супчик

Литр пахты сварить с солью и пятьюдесятью граммами тертого хлеба, постоянно помешивая. Затем хорошо перемешать или пропустить через сито, заправить сахаром или свежим маслом.

Суп можно приготовить и со свежим молоком.

Бульон с
Сварить
из дичи) и
Отдельно
В бульон б
лени.

Для при
нарезать ло
кубиками и
фу. Можно
Для этого
тым сыром,
лом и подр

Суп из яг с гренкам

Такой с
и из сушен
фруктово-я
Для арома
лимона ил
и другие п
тельных
вкуса в су
красное ви

К фрук
нир, можн
лапшу, ри
вареники с
ют гренки
свежая сме
ред самой

Такие с

и горячим
Холодн
бенно при
Они вкусн
вежающе
летнее вре
маловажн

Суп из т

Тыкву
кожуры и
варивают
делают п
молока с м
лимона и
заправляю
подогрева
белого хле

Бульон с

Бульон
вырезку и
без костей

Бульон с гренками

Сварить бульон (мясной, куриный или из дичи) и подать в бульонных чашках. Отдельно на тарелке подать гренки. В бульон бросить мелко порубленной зелени.

Для приготовления гренок белый хлеб нарезать ломтиками в полсантиметра или кубиками и подрумянить в духовом шкафу. Можно приготовить гренки и с сыром. Для этого ломтики хлеба посыпать тертым сыром, сбрызнуть растопленным маслом и подрумянить в духовом шкафу.

Суп из ягод и фруктов с гренками

Такой суп готовят как из свежих, так и из сушеных ягод и фруктов, а также из фруктово-ягодных соков, сиропов, пюре. Для аромата в суп можно добавить цедру лимона или апельсина, корицу, гвоздику и другие пряности, но в очень незначительных количествах. Для улучшения вкуса в суп можно добавить белое или красное виноградное вино, мед или сахар.

К фруктово-ягодным супам, как гарнир, можно подать отдельно сваренную лапшу, рис, запеканку из манной крупы, вареники с ягодами. Отдельно к супу подают гренки. Ценность супов повышают свежая сметана или сливки, кладут их перед самой подачей на стол.

Такие супы могут быть и холодными, и горячими.

Холодные фруктово-ягодные супы особенно приятны в весенне-летнее время. Они вкусны, питательны, действуют освежающе и возбуждают аппетит, что в летнее время, согласитесь, не столь уж и маловажно.

Суп из тыквы

Тыкву средней величины очищают от кожуры и семян, режут на кусочки, варивают в небольшом количестве воды и делают пюре, которое заливают литром молока с маслом, солят, добавляют цедру лимона и дают прокипеть. Перед подачей заправляют четырьмя желтками и слегка подогревают. Отдельно подают гренки из белого хлеба.

Бульон с гренками для больных

Бульон для слабых больных варят так: вырезку или хорошее мясо, обязательно без костей и без жира, мелко нарезать,

положить в бутылку от шампанского, залить кипяченой водой, закупорить бутылку хорошенько и, положив в горшок или кастрюлю, наполненную водой, кипятить несколько часов. Раскупорив бутылку, бульон процеживают, слегка солят и, посыпав гренками, подают больному.

Рецепт этот — рекомендация докторов прошлого века, прежде пользовались им повсеместно.

Щи олонекские

Карелы в прошлом варили олонекские щи, ошпаривая листья щавеля кипятком, а в кипящую воду опускали нарезанный картофель, перловую крупу и, посолив, варили на медленном огне.

Нынче готовят олонекские щи несколько иначе. Щавель мелко нарезают или пропускают через мясорубку и кладут в кипящий бульон или просто кипяток, если щи задуманы постными. Кипятить не более восьми—десяти минут, чтобы не разрушились витамины. Щи заправляют жареным луком, лавровым листом, перцем. На стол подают со взбитыми в молоке желтками, гренками, сметаной или с крутым яйцом и гренками.

Борщок вегетарианский

Это блюдо предлагается детям и людям пожилого возраста. Сначала варится овощной бульон, для чего картофель и морковь варят до мягкости в очень небольшом количестве воды, протирают через сито в горячем виде, вливают четверть стакана горячего молока, размешивают венчиком, солят, добавляют немного сливочного масла.

Теперь приступают к варке борща. Свеклу, морковь, брюкву очищают, шинкуют, прибавляют свежую шинкованную капусту, мелко нарезанный лук, сахар, припущенный в масле томат. Все заливают небольшим количеством овощного бульона и тушат под крышкой. За полчаса до подачи к столу в борщок добавляют очищенный картофель. Когда овощи станут мягкими, туда процеживают остальной овощной бульон и добавляют заправку из муки, растертой со сметаной и разведенной бульоном. Бульон с заправкой кипятят еще минут десять.

Для придания борщу питательности и обогащения его витаминами в миске растирают сырой желток со сливочным маслом и туда вливают готовый суп. Борщок подается процеженным, с подсушенными

греночками из белого хлеба. Можно заправить его и сметаной.

Суп из шиповника с яблоками и сухариками

Ягоды шиповника перебрать, промыть теплой водой, положить в кипящую воду и варить десять минут. Дать настояться часов восемь, после чего процедить, положить варенье, мелко нашинкованные яблоки или лимонную кислоту по вкусу.

Из белого хлеба, нарезанного тонкими ломтиками, приготовить сухарики и подать их к супу на отдельной тарелке.

Суп луковый с гренками

Сварить мясной бульон с кореньями — морковью, петрушкой, сельдереем — и процедить. Очистить, промыть в холодной воде и нашинковать репчатый лук, слегка поджарить его на масле. Когда лук станет мягким, посыпать мукой, увеличить нагрев и, помешивая, обжаривать до тех пор, пока лук и мука не подрумянятся, а затем влить несколько ложек бульона и, закрыв посуду крышкой, тушить лук на маленьком огне минут десять. Разогреть бульон, добавить в него тушеный лук, заправить солью, проварить десять минут.

Приготовить гренки, для чего поджарить на масле ломтики черствого пшеничного хлеба. Перед тем как снять со сковороды или противня, посыпать каждый ломтик тертым сыром. Подавать отдельно или положить в каждую тарелку по паре греночек.

Для придания луковому супу особого аромата минут за двенадцать до конца варки добавить растертый тмин.

Суп молочный с гренками

Три яйца взбить с половиной стакана сметаны до пышной массы, слить полтора литра горячего кипяченого молока и, помешивая, чтобы не свернулись яйца, прогреть. Добавить соль, сахар и еще чуть прогреть, но до кипения не доводить. Подавать суп с гренками.

Суп «Красный соус»

300 г помидоров, 4 зубчика чеснока, зеленый сладкий перец, 4 ст. ложки растительного масла, 1,5 ст. ложки уксуса, 1,5 стакана холодной кипяченой воды,

200 г любого черствого хлеба, самая разнообразная зелень.

Этот суп только для лета, как и окрошку, его не варят.

Разотрите с солью чеснок и мелко нарезанный перец. Помидоры очистите от кожицы и семян и тоже очень мелко нарежьте. Для большей однородности взбейте их венчиком, миксером или просто вилкой. Влейте в воду масло, уксус, добавьте нарубленную зелень. Маленькими квадратиками нарежьте хлеб, все компоненты размешайте в супнице, посолите — и готов освежающий летний суп.

Хлебный суп по-крестьянски

На триста граммов ржанных корок возьмите шесть стаканов воды, две столовые ложки сливочного масла или маргарина, четыре яйца, луковицу, несколько восточек зелени петрушки.

Сухие хлебные корки с нарубленной зеленью петрушки и мелко нарезанным репчатым луком поджарьте на сливочном масле. Залейте водой, посолите и доведите до кипения. Непрерывно помешивая, осторожно добавьте растертое сырое яйцо.

Суп на скорую руку

Сто граммов хлеба нарежьте ломтиками и подсушите в духовке. Еще столько же хлеба протрите и поджарьте с маслом. Положите в кастрюлю поджаренный тертый хлеб, высушенные гренки, мелко нарубленных два-три вареных яйца, рубленную зелень укропа и петрушки, залейте четырьмя стаканами бульона и сейчас же подавайте на стол.

Хлебный суп по-швабски

Возьмите четыре-пять обычные луковицы или лука-порей, шесть ломтиков ржаного хлеба, соль, черный перец молотый по вкусу, бульонный кубик, сливочное масло или маргарин.

В разогретом масле потушите мелко нарезанный лук, добавьте хлеб и влейте литр два воды. Посолите, поперчите, добавьте бульонный кубик. На слабом огне варите до готовности. Протрите через сито.

Суп-пюре из фасоли с рисом

В обыкновенный суп-пюре из белой фасоли, заправленный маслом и сливками, прибавьте отварной рис (варите в воде 15 минут) и стручки сладкого зеленого

перца — нечи-
семян, нарезан-
ной тарелочк-
масле гренки.
Продукты:
риса, столько
ного масла, 1
хлеба.

Хлебный суп

На нескол-
воде, затем в-
ния, до получ-
Прибавьте ме-
ки — сливоч-
взбитыми сли-

Продукты:
воды, 0,75 ст-
вочного масл-
машнего слад-
ном, 0,5 стак-

Тюря

Это блюд-
луй, больше-
ста, оно кан-
Тюря — сам-
ла, но, одна-
многих веков

Прямо в т-
резанный лук
или хлебным
крошится хл-
ри. Тюря по-
ками или про-

Суп из зел

Банку к-
литр мясной
соль, полста-
это все потре-

Содержим-
рюлю и вски-
го горошка
лаг и влейте
разведенную
размешайте
те оставшийс-
солите. Жел-
влейте в суп
К супу из гор-

Суп горох

Взять ну-
шеного горо-
граммов чет-

перца — печеные, очищенные от кожи и семян, нарезанные соломкой. На отдельной тарелочке подайте поджаренные на масле гренки.

Продукты: 1,5 кг пюре из фасоли, 50 г риса, столько же сладкого перца и сливочного масла, 100 г сливок, 2 яйца и 150 г хлеба.

Хлебный суп медовый

На несколько часов сухари замочите в воде, затем варите до полного разваривания, до получения студнеобразной массы. Прибавьте мед, квас и в самом конце варки — сливочное масло. Подавать, полив взбитыми сливками.

Продукты: 300 г черных сухарей, 1,5 л воды, 0,75 стакана меда, 2 ст. ложки сливочного масла, 2 стакана крепкого домашнего сладкого кваса с изюмом и тмином, 0,5 стакана взбитых сливок.

Тюря

Это блюдо по вкусу придется, пожалуй, больше людям преклонного возраста, оно как ностальгия по прошлому. Тюря — самая простая еда русского стола, но, однако, любимая на протяжении многих веков у простого люда.

Прямо в тарелке пестиком растирается резанный лук с солью, заливается водой или хлебным квасом с хреном или щами, крошится хлеб, корки или ржаные сухари. Тюря подбеливается молоком, сливками или простоквашей.

Суп из зеленого горошка

Банку консервированного горошка, литр мясного отвара, две ложки муки, соль, полстакана сметаны, 2 желтка — это все потребуется для данного супа.

Содержимое банки положите в кастрюлю и вскипятите. Половину отваренного горошка протрите через редкий дуршлаг и влейте в бульон. Прибавьте муку, разведенную в холодном бульоне. Все это размешайте и еще раз вскипятите. Добавьте оставшийся целый горошек, по вкусу посолите. Желтки разотрите со сметаной и влейте в суп прямо перед подачей на стол. К супу из горошка подаются гренки.

Суп гороховый

Взять нужную пропорцию желтого сушеного гороха (на 4 персоны достаточно граммов четыреста гороха и два литра во-

ды), перебив, хорошенько уварить: когда горох наполовину уже сварится, положить граммов шестьсот—восемьсот копченой свинины, лучше грудинки, одну-две луковицы и варить, пока грудинка сделается мягкой. Отдельно на тарелочке подать гренки из белого хлеба.

Уха с тельным из рыбы

Мякоть судака, сига, щуки, окуня, налима или другой рыбы пропускают два-три раза через мясорубку, добавляют яйца, растопленное сливочное масло, соль, перец молотый, сливки, толченые сухари или черствый, замоченный в воде и отжатый хлеб.

Все хорошо перемешивают. Из полученной массы (тельного) разделяют шарики, которые варят в бульоне. Можно приготовить тельное и иначе: сформовать из полученной массы батон, завернуть его в марлю, смазанную маслом, завязать и сварить в подсоленном кипятке, затем остудить, снять марлю и нарезать тельное кружочками. Сваренное тельное хранят в небольшом количестве горячего бульона.

В тарелку или суповую миску кладут тельное и заливают ухой.

Для ухи: рыба мелкая — 150 г, лук — 10 г, петрушка — 2 г, сельдерей — 2 г, морковь — 5 г, перец.

Для тельного: рыба — 80 г, хлеб — 24 г, сливки — 32 г, яйцо — 1/2 шт., масло — 3 г.

Вторые блюда

Хлебная запеканка со сливами

На десять ломтиков черствого пшеничного хлеба возьмите тридцать слив, два яйца, две столовые ложки сахара, полстакана творога, муку, молоко.

Хлеб замочите в молоке. Из слив удалите косточки и слегка посыпьте сахаром. В смазанную жиром огнеупорную форму уложите слоями хлеб и сливы и залейте смесью, приготовленной из яиц, сахара, творога, муки и молока. Запекайте в духовке минут сорок.

Пудинг по-русски

Протерев хлебную мякоть через металлическое сито, положите в миску с молоком и оставьте на полчаса. Затем прибавьте парочку взбитых яиц (лучше

взбить в пену одни белки), затем два желтка и немного сахара.

Смажьте маслом шарлотницу, наполните заготовленной массой и варите с полчаса, поставив шарлотницу на водяную баню. Выверните готовое на тарелку и облейте сверху абрикосовым вареньем.

Пудинг с вареньем

Вскипятить стакан молока с ложкой масла, всыпать туда, помешивая, крошево белой булки. Когда остынет, прибавить сахару по вкусу, вбить четыре-пять желтков, немного лимонной цедры и мускатного ореха, затем оставшиеся взбитые белки, положить в форму стакан варенья, а поверх варенья приготовленное тесто и поставить в не очень жаркую духовку на полчаса, пока верхушка не подрумянится хорошенько. Подавать на стол в той же форме, на котором пудинг жарился.

Пудинг «Московский»

Вскипятить, мешая, стакан сливок или молока со ста граммами несоленого сливочного масла. Когда остынет, вбить три-четыре яйца, чайную ложку корицы, лимонной цедры, четверть стакана изюма, размоченный в молоке мякиш булочки «Московская», размешать все это, растереть, положить на смазанную маслом форму, поставить в духовую печь. Когда верхушка зарумянится, подавать на стол с клюквенным соусом.

Готовится соус следующим образом: сварить в воде клюкву с корицей, процедить сквозь ситечко, прибавить сахарного песка, подправить картофельной мукой, разведенной в холодной воде, дать вскипеть и облить этим соусом пудинг.

Пудинг ореховый

Триста граммов черствого белого хлеба без корочки замочить в стакане молока. Сто пятьдесят граммов грецких орехов очистить от коричневой пленки, измельчить. Перемешать три яичных желтка, сто граммов топленого масла, три четверти стакана сахара, можно добавить щепотку ванилина, орехи и набухший хлеб. Белки взбить в густую пену, осторожно ввести в подготовленную массу. Выложить смесь в смазанную жиром форму и запечь в духовке в течение получаса. Подать со сладким соусом.

Пудинг из ржаного хлеба

Натереть стакан черствого ржаного хлеба, прибавить четыре-пять желтков, растертых с сахаром, немного толченой гвоздики и корицы или ложку лимонного сока, стакан сметаны, ложку растопленного масла, размешать, растереть все хорошенько, потом прибавить взбитые белки, размешать, выложить в смазанную маслом форму и поставить в горячую духовку.

К такому пудингу подают сливки.

Пудинг сухарный

Взять штук двадцать—тридцать сухарей, намазать каждый маслом, уложить в один ряд в форму, также смазанную маслом, обсыпать мелким сахаром и корицей, положить снова ряд сухарей, снова засыпать сахаром и корицей и так до верха. Когда все сухари в форму уложены, облить их стаканом сливок или жирного молока, размешанного с тремя-четырьмя яйцами, и поставить в духовку.

К такому пудингу подойдут как сливки, так и соус из клюквы или вишни.

Пудинг яблочный

Натереть тарелку черствого ржаного хлеба, взять смазанную маслом форму, насыпать на дно ее слой тертого хлеба, разбросать несколько кусочков сливочного несоленого масла, потом положить слой нарезанных тонкими пластинками кисло-сладких яблок, обсыпать мелким сахаром, насыпать снова слой тертого хлеба и так повторить весь процесс. На верхний слой хлеба тоже положить несколько кусков масла и поставить в горячую печь. На стол подавать со сливками.

Можно пудинг этот делать, мешая черный хлеб пополам с белым, а также, ставя в печь, облить несколькими ложками сметаны, размешанной с яйцом.

Пудинг из ягод

К этому блюду подойдут вишня, черника или черная смородина. Взять два стакана вишни, очищенной от косточек, или других названных ягод, всыпать полстакана сахара, отдельно взять стакан свежей сметаны или сливок и полстакана растопленного масла, вбить два яйца, прибавить полстакана сахара, пол-ложки корицы, столько же муки и полстакана мелко истолченных белых сухарей, раз-

мешать все, взбитых белков маслом форм

Суфле

Пятьдесят растереть с тофельным панику белками. вается поло посыпается слой заранее мяса. Посып наполняется

Печется в Мясо готов помельче, с растительной цей, посолит

Галушки к ветчине

Полкило чистится и п через мясорубкой чашкой вочном масле сметаны, солом ветчин. Вымешивают длинную ками, раздел одну около количеством вят в духовой

Пудинг «Д

Триста гр рез сито, соединяют с желтком, сахаром), тремя натертыми я крепкую пену приготавливают в форму, покрывают в форму минут сор пудинг поливаем вишневым или сироп. Таким п сразу трех ма

мешать все, облить ягоды, вмешать три взбитых белка, сложить все в смазанную маслом форму, поставить для выпечки.

Суфле

Пятьдесят граммов сливочного масла растереть с двумя желтками, солью, картофельным пюре (500 г) и взбитыми в пену белками. В смазанную маслом и посыпанную белыми сухарями форму укладывается половина приготовленной смеси, посыпается сухарями, поверх кладется слой заранее приготовленного рубленого мяса. Посыпается снова сухарями. Форма наполняется оставшейся смесью.

Печется в духовке примерно полчаса.

Мясо готовится так: его надо порубить помельче, смешать с подрумяненной в растительном масле порезанной луковицей, посолить, поперчить.

Галушки картофельные с ветчиной

Полкило картофеля варится в кожуре, чистится и пропускается в холодном виде через мясорубку. Смешивается с небольшой чашкой сухарей, тушеных в сливочном масле, потом с четырьмя ложками сметаны, солью, яйцом, нарубленной ножом ветчиной и тремя ложками муки. Вымешивают тесто, из которого выделывают длинную трубку. Нарезают кусочками, разделяют галушки, укладывают одну около другой на лист с небольшим количеством растительного масла и ставят в духовой шкаф.

Пудинг «Дитятко»

Триста граммов творога протирают через сито, соединяют с пятьюдесятью граммами молотых и просеянных сухарей, желтком, сахарным сиропом (из 60 г сахара), тремя-четырьмя очищенными и натертыми яблоками. Белок взбивают в крепкую пену и осторожно вмешивают в приготовленную массу. Затем ее выкладывают в форму, смазанную маслом, закрывают крышкой и варят на водяной бане минут сорок или чуть больше. Готовый пудинг поливают малиновым, земляничным, вишневым или морошковым вареньем или сиропом.

Таким пудингом можно накормить сразу трех малышей.

Пудинг капустный

Отварите капусту, протрите через сито. Смешайте с отварным жестковатым рисом, маслом, молоком, сырыми яйцами, добавьте изюм и по вкусу немножко сахара и соли. Хорошенько перемешайте, положите в смазанную маслом форму, сверху посыпьте измельченными сухарями и запекайте.

К столу подайте со сметаной и сахарным песком.

Запеканка «Зимняя»

На триста граммов пшеничного хлеба возьмите стакан молока, три столовые ложки маргарина, полстакана сахара, пять-шесть яиц, стакан сушеного инжира или фиников, крупное яблоко кислых сортов, десять грецких орехов, ванильный сахар, соль.

Хлеб, нарезанный тонкими ломтиками, залейте молоком. Маргарин, сахар, соль разотрите, постепенно добавляя желтки. Смешайте с хлебной массой, добавьте измельченные финики, яблоко и рубленые орехи. Подмешайте взбитые в пену белки, выложите в смазанную жиром форму и на среднем огне выпекайте минут пятьдесят.

Запеканка морковная

Морковь натереть на мелкой терке и слегка потушить в небольшом количестве воды, затем добавить масло и использовать как фарш. Сухари пропустите через мясорубку, добавьте немножко горячей воды, яйцо, масло. Сухарную массу хорошенько размешайте, добавляя морковный фарш. Затем всю массу выложите на горячую, смазанную маслом сковороду и запекайте в духовке.

Подавая запеканку на стол, не забудьте положить на каждую порцию сверху сметану.

Шарлотка петербургская

Нарежьте хлеб длинными тонкими ломтиками. В белое вино (на половину белой булки — 100 г) всыпьте ваниль, сахарную пудру и этой смесью обрызгайте нарезанный хлеб. Ломтиками уложите дно и стенки формы, а углубление заполните тушеными, с сахаром и корицей, яблоками. Сверху тонким слоем уложите пропитанные вином ломтики и запекайте шарлотку в горячей духовке.

Подают шарлотку со взбитыми сливками, с горячим молоком, фруктовым сиропом или медом. Как хороша она на вкус — говорить не станем.

Бухты из хлеба

В красном сухом вине (нужно полстакана) растворите две столовые ложки сахарной пудры и добавьте чайную ложку корицы. Мякиш белого хлеба нарежьте тонкими ломтиками и обмакните каждый сначала в подслащенное и ароматизированное вино, а затем во взбитую крутую пенную массу из двух белков. Подготовленные бухты жарят в большом количестве жира.

Роттердамские ломтики

Обжаренные ломтики белого хлеба намазать маслом и слегка горчицей, положить на каждый ломтик по кусочку ветчины, сыра и помидора, посыпать перцем, запекать в духовке. Как только сыр начнет плавиться — ломтики готовы.

Картофельные оладьи для гарнира

Тридцать граммов сливочного масла растираются в пену, добавляются: одно яйцо, полная тарелка натертого картофеля (сваренного в кожуре накануне), две столовые ложки муки и соль. Хорошо вымешивается, разделяются рукой круглые оладьи, которые сначала обваливаются в муке, потом во взбитом яйце и напоследок в сухарях. Обжариваются с обеих сторон в большом количестве сильно разогретого растительного масла.

Оладьи из ржаного хлеба

На двести граммов хлеба возьмите стакан молока, яйцо, полстакана муки, две столовые ложки растительного масла.

Ржаной хлеб нарежьте на куски и залейте горячим молоком, дайте постоять. Размокший хлеб разотрите, добавьте яйцо, чуть муки, тщательно размешайте и пеките оладьи.

Вместо муки можно добавить столовую ложку манки, оладьи будут пышнее. Подавать со сметаной.

Оладушки

На двести граммов пшеничных сухарей возьмите полтора стакана молока,

яйцо, две столовые ложки сахарного песка, ложку маргарина, столько же изюма, ложку сметаны и столько же дрожжей. Поставьте для брожения часа на три. Из готового теста жарьте оладушки.

Подайте со сметаной или медом.

Суфле из кабачков

Кабачки очищают от кожицы, нарезают и отваривают в подсоленной воде. Затем отцеживают, разминают вилкой. Полученное пюре слегка обжаривают на масле, снимают с огня, охлаждают, вливают молоко, добавляют тертый сыр, молотые сухари, мелко нарезанную зелень петрушки, молотый черный перец по вкусу и сырые яйца. Массу перемешивают и кладут в подходящую посуду, смазанную маслом. Поливают разогретым маслом и запекают в духовом шкафу.

Суфле следует выпекать при температуре 200—250°C минут 10—15 непосредственно перед подачей к столу.

Подают суфле со взбитой сметаной.

На килограмм кабачков вам потребуется пять столовых ложек масла, 3/4 стакана молока, стакан тертого сыра, полстакана сухарей, три яйца, остальное по вкусу.

Тертый хлеб с брусничным вареньем

Черствый ржаной хлеб без корки натрите на терке, смешайте с брусничным вареньем. Выложите горкой в салатницу, украсьте взбитыми сливками, слегка посыпьте тертым хлебом. Отдельно подайте молоко.

Драчена с сыром

Сто граммов мякиша черствого пшеничного хлеба нарежьте мелкими кубиками и залейте горячим молоком. Когда хлеб хорошенько набухнет, добавьте тертый сыр, сырые яичные желтки и взбитые белки. Все основательно перемешайте. Положите ровным слоем на смазанную маслом сковороду, посыпьте еще сыром, сбрызните сливочным маслом и запекайте в духовке. Полейте маслом и сразу же подавайте на этой же сковороде.

Шницель из сыра

Сыр нарезать ломтиками толщиной в сантиметр. Ломтики обваливать во взбитом яйце, запанировать в панировочных суха-

рых и обжарить с двух сторон до образования золотистой корочки.

Готовые шницели сложить в тарелку, посыпать мелко нарезанным зеленым луком и украсить ломтиками помидоров. На гарнир подать отварной картофель.

Сыр можно приготовить и самим. Килограмм творога залить литром молока и поставить варить минут двадцать на не слишком большой огонь. Затем слить через марлю, сложенную в два слоя, жидкость. Если хотите получить твердый сыр, нужно слить потщательнее сыворотку, если нужен сыр плавленый — сливать поменьше. Выложить оставшееся в ту же кастрюлю и снова варить, добавив сразу же чайную ложку соли с верхом, сто граммов сливочного масла, одно яйцо, чайную ложку (без верха) соды, все хорошо вымешать во время варки. Снять с огня и положить в пакет из-под молока. Когда остынет, положить в холодильник часов на двенадцать, чтобы сыр выстоялся. Можно добавить при варке в сыр укроп или чеснок, еще вкуснее — тмин. Для сладкого сыра — яблоко, мед, можно облепиху.

«Машенькина кашка»

Вскипятите стакан воды с чайной ложкой сахара (сахарный сироп) и залейте ею три-четыре пшеничных сухаря. Набухшие сухари протрите через волосяное сито, положите с пол чайной ложки сливочного масла или добавьте полстакана кипящего молока или пюре из печеных яблок (2 средних яблочка). Кашка готова.

Такую кашку можно давать даже ребенку до года.

Зразы завивные

Это блюдо старолитовской кухни. Готовят зразы в кастрюле, а не в сковороде, как принято в кухне русской, и они не обязательно имеют форму котлет.

Говядину нарезать пластиками толщиной в полсантиметра, размером с ладонь или более, отбить, посолить, поперчить, смазать взбитым яйцом, выдержать минут пятнадцать.

Нарезать мелкими кубиками сало, вытопить до образования шкварок.

Из обжаренного лука, пары крутых яиц, шкварок и половины стакана ржаных сухарей сделать начинку, насыпать ее на подготовленную говядину в сантиметр, завернуть рулетом или конверти-

ком, обвязать и смазать зразы взбитым яйцом.

В растопленном сале обжарить зразы, вначале на сильном, затем на слабом огне. При вытапливании жира подлить одну-две столовые ложки воды. Мяса потребуются на такие зразы полкило.

Зразы с хреном

Блюдо старолитовское и польское.

Полкило говядины отбить, отделить все прожилки, мелко посечь или пропустить через мясорубку, перемешать полученный фарш с яйцом и двумя чайными ложками майорана, посолить, поперчить и сформовать плоские котлеты, затем обваливать их в муке и слегка обжарить на сильном огне в сковороде.

Две столовые ложки муки и полстакана толченых черных сухарей обжарить на масле, перемешать с натертым хреном.

В смазанную маслом кастрюлю уложить подготовленные котлеты, намазать их толстым слоем смеси хрена и сухарей, посыпать мукой и мелко нарезанным луком (2—3 шт.) так, чтобы образовался еще один слой, и залить смесью сметаны (стакан), бульона или воды (1/2 ст.) и растительного масла (2 ст.л.). Тушить под крышкой на слабом огне в духовке. К зразам подать отварной картофель, облить его соусом, в котором тушились зразы.

Ристининай

В новолитовской кухне так называют иногда все те же зразы.

Полкило говядины (задняя часть) нарезать небольшими ломтиками, отбить их, обваливать в муке, обжарить на масле минуты две-три, уложить в глубокую сковороду, засыпать сверху мелко нарезанным луком, репой и тремя крутыми яйцами и залить смесью сметаны, бульона и стакана ржаных сухарей, поставить в духовку для запекания. Готовые зразы посыпать укропом.

«Мясной хлебец»

Небольшую луковицу порежьте мелко и соедините с порубленным корнем сельдерея, шестьюдесятью граммами мясного фарша, четвертью стакана пшеничных сухарей, добавьте столовую ложку острого томатного соуса, соль, перец по вкусу, вбейте одно яйцо, все тщательно перемешайте. Массу разложите ровным слоем в стеклянном сотейнике. Прикрывать не

нужно. Поставьте в духовку на средний жар минут на двадцать. Готовя, время от времени поворачивайте блюдо. Выключив печь, дайте «мясному хлебцу» постояться минут пять.

Рыба целая, фаршированная

Обсушите салфеткой семьсот граммов разделанной и промытой некрупной рыбы. Изнутри смажьте растопленным маргарином и посолите. Приготовьте начинку: соедините два стакана белого, нарезанного кубиками хлеба, мелко нарезанную небольшую луковицу и половину корня сельдерея, влейте четверть стакана кипяченой воды и все перемешайте. Начините затем неплотно брюшко рыбы, зашив ниткой края. Положите тушку на противень, прикройте чистой бумагой и поставьте на средний огонь минут на пять—семь. Проверьте готовность рыбы: она должна легко расчленяться вилкой на волокна.

Сельдь рубленая запеченная

Вымоченную сельдь граммов на шестьсот—семьсот разделать на филе без кожи и костей. Мелко нашинковать пару головок репчатого лука и слегка обжарить на масле. Мякиш черствого белого хлеба намочить в молоке, а затем отжать. Все эти продукты дважды пропустить через мясорубку, хорошо растереть деревянной ложкой и заправить молотым перцем, растопленным маслом, молоком с парой сырых яиц. Хорошенько смазать маслом глубокую сковороду или сотейник. Выложить селедочную массу, обровнять, посыпать сухарями, сбрызнуть маслом и запечь в духовом шкафу.

На гарнир подать горячий печеный или отварной картофель, отдельно сливочное масло.

Хлеб по-котласски

Такое блюдо попробовала я в Котласе Архангельской области. И признаюсь, удивительное блюдо!

Хлеб нарезают ломтиками. Яйца взбивают, солят, смачивают в них хлеб, обжаривают с обеих сторон на русском (топленом) масле, затем укладывают на противень, смазанный маслом.

Грибы очищают, тщательно промывают, шинкуют, посыпают нарезанным луком и обжаривают на сливочном масле. Затем добавляют сметану, смешанную с

мукой, перец, соль, хорошо размешивают и минут тридцать тушат. Этой массой заливают приготовленный на противне хлеб, посыпают сухарями, сбрызгивают русским маслом и ставят в духовку на семь-восемь минут.

Блюдо хорошо лишь в горячем виде.

Хлебные крошки в масле

Это северное и карельское блюдо сейчас почти забыто. Сохранилось оно, пожалуй, нынче только у карельского населения восточной Финляндии. Однако забыто незаслуженно.

В горшке растапливали соленое сливочное масло и в него мелко крошили черный хлеб, добавляя немного кипяченой воды, чуть подсаливали. Массу слегка кипятили на слабом огне. Ели с молоком и мятой брусникой.

Амброзия из черного хлеба

Одно-двухдневный хлеб натрите на терке, смешайте с корицей и двумя столовыми ложками сахара. Два стакана сливок взбивайте сначала без сахара, затем добавьте две столовые ложки и взбейте в устойчивую пену. В мелкую тарелку слоями выложите подготовленный хлеб, стакан брусничного варенья, взбитые сливки. Верхний слой выложите из хлеба. Украсьте взбитыми сливками. Подавайте с молоком.

При желании хлеб с сахаром можно обжарить на сливочном масле.

Хлеб с капустой и тыквой

Свежую капусту, зелень, обработанную тыкву нарезают и тушат с маслом и молоком до готовности. Добавляют сахар, соль и хорошенько перемешивают. Нарезают ломтиками хлеб, смачивают в смеси яйца и молока, обжаривают. На обжаренный хлеб укладывают подготовленные овощи и посыпают сверху мелко нарезанной зеленью.

Можно добавить яблоко, зелень, сахар. Такое блюдо полезно и нравится детям.

«Бедный рыцарь»

Блюдо прибалтийское.

Белый хлеб, очищенный от корки, обмакнуть в сливки, посыпать сахарной пудрой с корицей, обмазать взбитым яйцом и слегка поджарить на сливочном

масле, полив
варенья, а мож
харной пудрой

Сыр к заварному

Триста гр
сливочного
квадратика
ра, обвалит
масле. Пода
каронами, п

«Смелая»

Мелко р
мешивается
луком и об
Заливается
ми со щепот
ся предвар
брынзой ил
сковороду в
на три-четы
сите на таре
ленью петру

«Скороду»

За похва
к услугам и
ли, между
ницу с хлеб
Черствый
кубиками, с
тые яйца, по
вылейте на
поджарьте

Яйца, запеченные

Такое бл
и гостям —
Смешать
ко же масла
(3/4 стака
добавить 1
на ломтики
лить мяки
рить с обе
ское или д
зять маслом
танный соу
кольца, в
лить, попе
густую дух
побелеть (с
ким, а пот
вать на том
зеленью.

масле, полить киселем или сиропом от варенья, а можно вновь посыпать лишь сахарной пудрой с корицей.

Сыр к завтраку

Триста граммов голландского или русского сыра нарезать одинаковыми квадратиками толщиной в полсантиметра, обвалять в сухариках и обжарить в масле. Подавать можно с отварными макаронами, политыми маслом.

«Смелая яичница»

Мелко режется черствый хлеб, перемешивается с мелко нарезанным зеленым луком и обжаривается на русском масле. Заливается взбитыми яйцами, смешанными со щепоткой соли и перцем, посыпается предварительно натертой на терке брынзой или сыром. Теперь поставьте сковороду в разогретую духовку минуты на три-четыре. Готовую яичницу перенесите на тарелку. Не забудьте посыпать зеленью петрушки, укропа или кориандра.

«Скородумка»

За похвальный обычай являться всегда к услугам и вовремя скородумкой прозвали, между прочим, самую обычную яичницу с хлебом.

Черствый пшеничный хлеб нарежьте кубиками, смочите в молоке, влейте взбитые яйца, посолите, все тщательно взбейте, вылейте на горячую сковороду с маслом и поджарьте — блюдо к вашим услугам!

Яйца, запеченные в сметане

Такое блюдо не стыдно подать к обеду и гостям — вкусно и выглядит эффектно.

Смешать чайную ложку муки и столько же масла, разбавить горячим бульоном (3/4 стакана), прокипятить до густоты и добавить 150 г сметаны. Батон порезать на ломтики толщиной в два пальца, удалить мякиш. Полученные кольца обжарить с обеих сторон в масле. Металлическое или другое огнеупорное блюдо смазать маслом, вылить в него горячий сметанный соус, туда положить поджаренные кольца, в каждое выбить по яйцу, посолить, поперчить, поставить в сильно нагретую духовку и дать белку свернуться и побелеть (желток должен остаться жидким, а потому — не передержите!) Подавать на том же блюде, посыпав рубленой зеленью.

Глазунья с хлебом

Хлеб, нарезанный на кубики (лучше черный), обжарить. Осторожно, чтобы не повредить желток, влить сырые яйца и жарить одну-две минуты. Конечно, не забыть посолить! Как только белок немного загустеет (желток должен остаться жидким), сковороду снять с огня.

Яичницу поперчить, разрезать по белку на порции и осторожно лопаточкой переложить в тарелки.

Глазуньей называется яичница, в которой желтки не сливаются с белками, а остаются целыми. Слово «глазунья» — русское, известное в нашем языке еще с конца XVIII века. Образовано оно от слова «глаз», но в своем прежнем значении, то есть «шарик, камень круглой формы».

Гренки с яичным омлетом

Тонкие ломтики пшеничного хлеба слегка смочить в молоке и обжарить с маслом на сковороде с обеих сторон. Сливочное масло растопить и смешать с сырыми яйцами, солью и перцем. Вылить яйца на сковороду с гренками и зажарить до готовности. Содержимое сковороды перевернуть на тарелку — поджаренные гренки окажутся сверху. Украсить блюдо зеленью.

Блюдо, приготовленное из взбитых яиц и молока — омлет, — пришло к нам из Франции. Несмотря на кажущуюся простоту, французы очень серьезно подходят к приготовлению омлета. Французские гастрономы рекомендуют:

в сковороде, которая используется для приготовления омлетов, больше ничего не готовить;

никогда не мыть эту сковороду. Достаточно ее горячую протереть тампоном из чистой бумаги с небольшим количеством соли и слегка промаслить для предотвращения ржавчины.

Омлет с сыром

Мякоть белого хлеба намочить в молоке, размять, прибавить сырые яйца, все это взбить вилкой, посыпать натертый сыр, посолить, перемешать, вылить на горячую сковороду и жарить, как натуральный омлет.

Такой омлет можно вылить на горячую сковороду с маслом и запечь в духовом шкафу.

Омлет будет очень пышным, если половину белков отделить, взбить в пену и

перед запеканием смешать с приготовленной массой.

Любые яичницы будут еще вкуснее, если к ним подать хрен.

Форшмак картофельный

Две сельди замочите в воде часа на три-четыре, меняя воду. Затем очистите от костей и кожи и пропустите через мясорубку. Пропустите также обжаренный до золотистого цвета лук, размоченную в молоке и отжатую булку. Смешайте все это с протертым вареным картофелем (стакан), добавьте стакан сметаны, растертой с двумя яйцами, перец и соль по вкусу. Хорошо вымешайте, выложите в смазанную маслом и обсыпанную сухарями низкую кастрюлю и поставьте запекать в духовку со средним жаром на сорок пять минут. К форшмаку подайте салат из свежих овощей или цельные помидоры и огурцы, или заправленную луком и растительным маслом квашеную капусту.

Пудинг «Орешек»

Мякиш белого хлеба намочить в молоке. Грецкие орехи слегка подсушить, очистить от кожицы и пропустить через мясорубку. Яичные желтки растереть с сахаром и соединить с ореховой массой, намоченным в молоке белым хлебом и растопленным сливочным маслом. Все это хорошо перемешать, добавить взбитые яичные белки и выложить в специальную форму или на сковороду, смазанную маслом и посыпанную сухарями.

Пудинг нужно выпекать минут сорок в духовом шкафу со средним жаром. Готовый пудинг из формы выложить и подать горячим. Сверху пудинг полить ванильным соусом, или подать соус отдельно.

Как приготовить ванильный соус? Сахар хорошенечко разотрите с яичными желтками и мукой. Массу разведите горячим молоком и, непрерывно помешивая, варите соус до кипения. Как только соус загустеет, снимите с огня, процедите сквозь сито, добавьте ванилин. На полтора стакана молока для приготовления соуса потребуется еще два яйца, полстакана сахара, полпорошка ванилина и чайная ложечка муки.

Творожный каравайчик

Черствый белый хлеб протирают, заливают горячим молоком и дают постоять около часа. Добавляют маргарин, творог,

сахарный песок и яйца. По вкусу можно добавить немножко растертого тмина. Все хорошо вымешивают, выкладывают в смазанную маслом и посыпанную сухарями форму. Выпекают в духовке минут тридцать—сорок.

При подаче посыпают сахарной пудрой.

Бабка ярославская

Разбить четыре яйца и отделить желтки от белков. Желтки тщательно растереть с 600 г творога и 1,5 стаканами сахара, добавить изюму ложки две, соль и корицу, взбитые белки и перемешать хорошенечко. Выложить все в смазанную маслом и посыпанную толчеными сухариками форму, выровнять поверхность, маслицем сбрызнуть, посыпать толчеными сухариками и поставить в нежаркую духовку.

К столу подать с майским медком.

Клецки из толченых сухарей

Натереть триста граммов черствого белого хлеба, сбрызнуть молоком, добавить два-три яйца, тридцать граммов маргарина, соль и немного муската. Тесто месить до тех пор, пока не появятся пузырьки воздуха. В маргарине или масле обжарить до хруста пятьдесят граммов нарезанного кубиками белого хлеба и смешать с тестом. Ошпаренную кипятком салфетку посыпать мукой, завернуть в нее тесто, завязав концы салфетки, подвесить на час в кастрюле с кипящей подсоленной водой. Затем выложить на подогретый поднос, разрезать ножом на равные доли.

Перед подачей на стол полить растопленным сливочным маслом.

Клецки хуторские

Крупно порезать черствый белый хлеб и замочить в воде. Копченое мясо или колбасу нарезать кубиками. Нарезанный лук и петрушку обжарить в маргарине. Размокший белый хлеб выложить на салфетку, добавить кусочки мяса или колбасы, обжаренный лук, яйцо, смешать в однородную массу. Массу брать ложкой, посыпая сверху крахмалом. Придать клецкам круглую или продолговатую форму. Варить в подсоленной кипящей воде на слабом огне пять минут. Дать отстояться десять минут. Хорошо подать к столу с майонезом и зеленью.

Запеканка

Нарезанный в кубики сыр и яичными желтками и растопленным сливочным маслом. Выложить в форму. Выпекать в духовке минут сорок. При подаче посыпать сахарной пудрой.

Запеканка

Черный шоколад растереть с сахаром, добавить взбитые белки и перемешать хорошенечко. Выложить все в смазанную маслом и посыпанную толчеными сухариками форму, выровнять поверхность, маслицем сбрызнуть, посыпать толчеными сухариками и поставить в нежаркую духовку. К столу подать с майским медком.

Трубочки

Маленькие трубочки смазать сливочным маслом, сверху посыпать сахаром. Жарить в масле на вертеле. Жаренные трубочки из молока и сахара, и нежные, что продольно разрезать на половинки.

Холостяк

Нарезанный в кубики сыр и яичными желтками и растопленным сливочным маслом. Выложить в форму. Выпекать в духовке минут сорок. При подаче посыпать сахарной пудрой.

Булочки

Трескучие булочки. Тесто замесить из муки, сахара, яиц, масла и соли. Выпекать в духовке минут сорок. При подаче посыпать сахарной пудрой.

Запеканка с миндалем

Нарезанный белый хлеб замочить в молоке. Перемешать маргарин с сахаром и яичными желтками, добавив отжатый и раскрошенный хлеб, очищенный и перемолотый сладкий миндаль. Через час массу выложить на смазанную жиром и посыпанную толчеными сухарями форму. Печь около часа. В тесто можно также положить пареные фрукты, несколько ложек изюма, а вместо миндаля — орехи.

Запеканка «Ароматная»

Черный хлеб перемешать с сахаром, добавив пряности: пол чайной ложки корицы, две щепотки порошка гвоздики, цедру одного лимона. Половину полученной массы выложить на смазанный жиром противень. Сверху положить слой яблочного пюре, затем снова слой хлебной массы. Посыпать хлопьями тертого на крупной терке маргарина. Печь в духовке на слабом огне около часа.

Можно подать, сбрызнув запеканку лимонным соком.

Трубочки из окорока на вертеле

Маленькие ломтики сваренного окорока смазать горчицей, кусочки сыра — томатной пастой, сбрызнуть подсолнечным маслом, свернуть трубочкой и нанизать на вертел с ломтиками белого хлеба, который тоже следует смазать подсолнечным маслом.

Жаренье на вертеле стало сегодня одним из любимых видов поварского искусства, и не только из-за прекрасных вкусовых качеств блюд. Специалисты считают, что продукты, приготовленные этим способом, более полезны, чем тушеные и жаренные на сковороде.

Холостяцкое блюдо

Нарезанные кубиками сухую колбасу и лук обжарить в растительном масле. Добавить нарезанный соломкой картофель, полосками — красный перец и помидоры. Накрыть крышкой. Тушить на слабом огне. В конце вбить яйцо, перемешанное с крошками белого хлеба. Готовое блюдо посыпать зеленью петрушки.

Булочки архангельские

Тресковую печень соединить с майонезом, нарезанным луком, затем доба-

вить мелко нарезанные помидоры, перемешать. Половиной порции полученной смеси начинить приготовленные булочки, вторую половину выложить на блюдо, украсить нарезанными помидорами. К блюду можно подать свежий салат.

Бабка ржаная

Сухари ржаного хлеба толкут. Лучше брать сухари из заварного бородинского хлеба или из ржаных коржиков.

Желтки сырых яиц растирают с маслом и сахаром. Когда не останется кристаллов сахара, добавляют молотые сухари, толченые обжаренные орехи, хорошо перемешивают и осторожно добавляют взбитые белки.

Формочку смазывают маслом, посыпают сухарями, заполняют сухарной массой и запекают. Готовую бабку нарезают на порции, поливают сиропом белой смородины.

Огурцы тушеные

Огурцы очищают от кожицы и нарезают кружками толщиной около сантиметра, солят, обваливают в муке или мелко помолотых сухарях и жарят с топленым маслом. Затем их кладут в глубокую сковороду или в сотейник, добавляют немного воды, сметану, томат и тушат до готовности.

Готовые огурцы вместе с соусом кладут на блюдо и по краям укладывают гренки.

Для приготовления гренек пшеничный хлеб нарезают ломтиками, смачивают в яйце с молоком и сахаром и обжаривают на масле.

Пудинг из трески или хека

Размешайте три четверти стакана муки в стакане молока, положите сто граммов растопленного свиного сала, двести граммов измельченного филе трески или хека, сто граммов сливочного масла, нарезанную петрушку, перец, соль. Поставьте все на огонь в низкой широкой кастрюле или миске, перемешивайте, пока масса хорошенько не загустеет, добавьте желтки трех яиц, заранее растертые с лимонным соком. Снимите с огня, охладите. Далее в смазанную маслом высокую, но не широкую форму на дно положите слой белой булки, смешанной с маслом, сверху положите приготовленную массу из рыбы. Взбейте белки в крепкую пену, по-

кройте его пудинг и поставьте в духовку (температура 100—150°). Когда испечется, достаньте пудинг из формы. Все равно, каким будете подавать его к столу — горячим или холодным, непременно полейте томатным соусом.

Зразы сухонские

Отварите и мелко нашинкуйте пятьдесят граммов сухих грибов, слегка поджарьте с луком в трех столовых ложках сливочного масла. Смешайте со стаканом размоченного в молоке и яйце хлеба. Листья капусты обдайте кипятком и дайте им остыть. Положите фарш на капустные листья, заверните, как голубцы, перевяжите ниткой, посыпьте сухарями и обжарьте в сливочном масле.

Перед подачей на стол развяжите нитки, уложите на блюдо и полейте сметаной с нарезанной зеленью петрушки и укропа.

Пудинг из ванильных сухарей

Ванильные сухари разломать, сложить в кастрюлю или миску, залить горячим молоком; накрыть и оставить минут на двадцать. Цукаты нарезать небольшими кубиками, изюм перебрать и промыть в холодной воде. Яичные желтки растереть с сахаром и смешать с замоченными сухарями. Затем положить в миску цукаты, изюм, растопленное масло, взбитые яичные белки и все размешать. Приготовленную массу выложить в форму с отверстием в середине, предварительно смазав ее густо маслом и посыпав сухарями. Форму заполнить только на три четверти, чтобы осталось место для подъема пудинга. Поставить форму на полчаса в духовой шкаф или в печь со средним жаром. Пудинг считается готовым, когда он делается упругим, поднимется и будет отставать от краев формы.

Готовый пудинг выложить из формы на блюдо и подать горячим. При желании можно облить фруктовым или ягодным соусом.

Шпинат с гренками

Ломтики шпината перебрать, промыть в холодной воде, сложить в кастрюлю, подлить немного кипящей воды и варить на сильном огне под крышкой. Сваренный шпинат протереть.

Одновременно приготовить молочный соус, который смешать со шпинатом, добавив соль, сахар, немного мускатного ореха в порошке. Все хорошо прогреть.

Перед подачей готовый шпинат выложить на круглое блюдо или в глубокую тарелку и уложить по краям в виде гарнира гренки. На шпинат можно положить также очищенные яйца, сваренные в мешочек.

Если вы не имеете возможности приготовить молочный соус, столовую ложку муки прожарьте с таким же количеством масла и разведите стаканом горячего молока, вливая его постепенно. Варите соус, непременно помешивая, десять минут, затем посолите по вкусу.

Жареная булочка со шпинатом

Два ломтика черствой булки без корочки замочить в половине стакана молока, откинуть на сито, чтобы молоко стекло. Вскипятить это молоко с чайной ложкой сахара, остудить, прибавить пол-яйца, взбить хорошенько, обмакнуть ломтики булки в это яйцо с молоком, обжарить в раскаленном масле. Одно яйцо сварить в мешочек, очистить, положить его на гренку, подавать с пюре из шпината.

Бобовые клецки

250 г бобовых, 3/4 л воды, булочка, луковица, яйцо, соль, перец, нарезанная зелень: базилик, майоран, чебрец, толченые сухари, топленый жир.

Подготовленные бобы сварить в воде; отбросить на дуршлаг и пропустить через мясорубку. Добавить размоченную и отжатую булку, мелко нарезанный лук, яйцо и овощи, перец, соль. Из полученной массы сделать плоские клецки, обвалять их в толченых сухарях и обжарить в жиру с обеих сторон. Половину порции бобовых можно заменить картофелем или овощами.

Бобовое пюре

Полкило бобов сварить до готовности, пропустить через мясорубку. Влить пол-стакана сливок, посолить, посыпать толчеными сухарями, обжаренными на маргарине.

По желанию блюдо можно подать с зеленым горошком и посыпать нарезанной зеленью петрушки.

Фаршированный белый хлеб

Для этого блюда понадобится 250 г отварного мяса птицы, батон белого хлеба, зелень, растительное или сливочное масло, стакан мелко нарубленного и поджаренного миндаля, сок половинки лимона,

а также несколько на, соль, перец. Куски мяса разрежьте вдоль и смешайте с рубленой зеленью. Добавьте оставшийся о солью и перцем батона. Закройте и полейте остатками. Подавая на тарелку, посыпьте зеленью петрушки.

Паштет «Волк»

Отварите в подсоленной воде полкило белых бобов, поджарьте до готовности. Смешайте рубленую петрушку и молотый перец с тоном, яйцо, ложки сметаны. Положите на дно кастрюли и положите «Волк» из той же смеси. Крепким чаем дайте со сметаной.

Зеленый горошек

Сначала промойте белый хлеб и кружочки лука, сахарный песок смочите в этом кипящем масле. Высыпьте в кастрюлю, дайте закипеть. снимайте. В кастрюлю, дайте закипеть. ку, облейте лом (достаточно) ху положите. Все блюдо с гренками.

Сельдь фаршированная

Вымоченную сельдь разрезать пополам и вынуть внутренности. Приготовить соус из укропа, чеснока, грибов и добавив соль, заправить в масле. Положить тушку сельди в соус и сбрызнуть лимонным соком.

а также несколько ложек куриного бульона. соль, перец.

Куски мяса обжарьте в масле. Батон разрежьте вдоль, выньте мякиш, раскрошите и смешайте с миндалем, мелко нарубленной зеленью и жареным мясом. Затем добавьте сок лимона, бульон и сок, оставшийся от жарки. Массу приправьте солью и перцем и заполните ею половину батона. Закройте другой половиной и полейте остатками бульона.

подавая на стол, батон посыпьте зеленью петрушки.

Паштет «Вологодский»

Отварите стакан риса, промойте. Отварите в соленой воде и мелко нарубите полкило белых грибов. Нашинкуйте и поджарьте до розового цвета луковицу. Смешайте рис, грибы и лук, добавив соль и молотый перец. Мякиш двух белых батонов, яйцо, столовую ложку масла, две ложки сметаны и соль перемешайте, выложите на дно смазанной формы. Начинку положите сверху, накройте «крышечкой» из той же массы, смажьте паштет крепким чаем и пеките в духовке. Подайте со сметаной.

Зеленый горошек с гренками

Сначала приготовьте гренки: нарежьте белый хлеб квадратиками, треугольниками, кружочками. Смешайте молоко, яйца и сахарный песок и немного взбейте. Гренки смочите в этой смеси и обжарьте слегка в кипящем масле до золотистой корочки.

Высыпьте зеленый горошек из банки в кастрюлю, дайте закипеть и мгновенно снимайте. Выложите на блюдо или тарелку, облейте разогретым сливочным маслом (достаточно столовой ложки), а сверху положите яйца, сваренные в мешочек. Все блюдо обложите по кругу готовыми гренками.

Сельдь фаршированная

Вымоченную около двух часов в молоке сельдь разрезать вдоль тушки, аккуратно вынуть кости, промыть. Отдельно приготовить фарш: нарезать петрушку, укроп, чеснок, мелко нарезать промытые грибы и добавить икру от сельди. Все смешать, заправить черным перцем и обжарить в масле. Полученным фаршем заполнить тушки сельди, обвязать ниткой, уложить на смазанный маслом противень, сбрызнуть соком лимона, залить ос-

тавшимся после вымачивания сельди молоком, посыпать молотыми сухарями и запечь в духовке.

Блюдом этим останутся довольны ваши гости из Англии.

Рыбные клецки фiskeболлар

Рыбное филе смолоть вместе с вымоченным в воде мякишем булки. Изжарить с луком мелко нарезанный шпиг, посолить, поперчить и смешать вместе с рыбным фаршем до образования однородной массы. Сделать из полученного фарша небольшие клецки, сварить их в подсоленной воде. Отдельно развести крахмал кислым молоком, заварить горячим бульоном, в котором жарились клецки, добавить сок лимона, каперсы, соль. Опустить клецки в приготовленный соус и нагреть до кипения.

подавать фiskeболлар с отварным картофелем, посыпать каждую порцию зеленью петрушки.

Ваши гости из Скандинавских стран будут приятно удивлены, если вы предложите им это норвежское блюдо.

Яичница-болтуня

Яйца перед приготовлением перемешать с нарезанным мелкими кубиками черным хлебом, помидорами, мелкими ломтиками копченой или вареной рыбы, кубиками окорока, колбасы, тушеными нашинкованными грибами.

Сельдерейные сосиски

Около пятисот граммов сельдерея, сваренного и очищенного, протереть и соединить со ста граммами замоченного, протертого белого хлеба, ста граммами куриного фарша, яйцом, тмином и солью. Из массы сделать сосиски, обвалять в хлебных крошках и яйце, обжарить в горячем жиру.

Подать, украсив зеленью.

Клецки из капусты

Пятьдесят граммов грудинки или копченой свинины, около килограмма белокочанной капусты и пять-шесть ягод можжевельника пропустить через мясорубку, смешать со стаканом крошек белого хлеба и двумя яйцами, крепко заправить пряностями, слепить клецки, обвалять их в крахмале, отварить в слегка кипящей воде.

Клецки будут хорошим гарниром к жаркому из птицы.

Фаршированные тушеные огурцы

Огурцы (2—4 в зависимости от величины) почистить, разрезать вдоль пополам, удалить сердцевину. Мясной фарш (200 г) перемешать с размоченным и протертым белым хлебом (50 г), яйцом и мелко нарезанным луком, добавить соль, перец. Этой массой наполнить половинки огурцов, затем прижать их друг к другу, перевязать и обжарить в жиру. Обжаренные огурцы залить кипящим бульоном и потушить до тех пор, пока они не покроются глазурью. После этого долить еще немного бульона, для густоты при желании добавить разведенную холодной водой муку. Довести до кипения.

Фаршированный перец

Из мясного фарша, размоченного и протертого белого хлеба, мелко нарезанного лука, вареного яйца и пряностей приготовить начинку. Наполнить ею очищенные от сердцевины стручки красного сладкого перца, положить в горячий жир. Немного пожарив, добавить горячий бульон или воду, закрыть крышкой и потушить.

Запеканка грибная владимирская

Триста граммов подготовленных грибов нарезать, недолго потушить в маргарине. Хлебцы нарезать ломтиками и размочить в молоке. Взбить пятьдесят граммов маргарина с яйцом до пены, добавить протертые хлебцы, тушеные грибы, тертый с солью чеснок и щепотку перца. Замешать со столовой ложкой манной крупы. Положить массу в хорошо смазанную жиром форму, покрыть растопленным маргарином. Запекать в духовке до ярко-желтого оттенка. Хорошо подать со сметанным соусом.

Перец, фаршированный брынзой

Черствый белый хлеб замачивают в молоке, затем отжимают, измельчают и смешивают с тертой брынзой, яйцами, мелко нарезанными помидорами, зеленью петрушки и, по вкусу, черным молотым перцем. Приготовленным фаршем наполняют испеченные и очищенные от кожицы и семян стручки сладкого перца. Затем перец обжаривают. Подают на стол со сметаной.

Репа фаршированная

Репу варят до готовности, удаляют середину, углубление заполняют начинкой, поливают сметаной, посыпают сухарями и тертым сыром, запекают в духовке. Перед подачей посыпают зеленью.

Начинки. 1. Мякоть репы рубят, добавляют мелко рубленый обжаренный лук. Рис отваривают, откидывают на дуршлаг, поливают горячей водой, добавляют сладкий перец и фаршируют репу.

2. Мясо провернуть дважды через мясорубку, добавить в него масло, яйцо, размоченный хлеб, обжаренный мелко рубленый лук и все хорошо перемешать. Фарш должен получиться пышным.

Пюре из репы

Репу очистить от кожицы, положить в кастрюлю, залить водой и варить до полного размягчения. Истолочь вареную репу толкушкой, добавить масло, молоко или сливки, сухари, яйца и все хорошо перемешать. Готовое пюре уложить на сковороду (или в порционные керамические миски), смазать сметаной и запечь в духовке в течение десяти—пятнадцати минут.

Пюре из репы можно и не запекать, а подать как самостоятельное блюдо (с соусом по вкусу) или как гарнир к мясу, рыбе.

Хлеб под горошком

Приготовить гренки. Взять двести граммов стручков зеленого гороха, отварить в слегка подсоленной воде, откинуть на решето и затем, положив в кастрюлю, добавить сливочного масла, разведенную бульоном ложку муки, полстакана сливок, дать прокипеть. Перед подачей на стол обжаренный хлеб уложить на блюдо, полив сверху готовым горошком.

Пудинг из печенки

Сырую печенку следует изрубить. Затем взять ложки четыре русского масла, добавить туда же стакан молока, пять желтков и столько же взбитых белков, пять полных ложек толченых сухарей из белого хлеба и все это мешать. Когда будет достаточно перемешано, прибавить рубленую печенку и, снова перемешав, сложить в форму, которую прежде следует смазать маслом. Поставить в печь.

Панирование

Отварить, почистить и дать жочками тол нарезанную в толчеными с яйца. Ломти с из рублен смотить в яи масле. Подав салатами.

Цыплята

Цыплят р сварить с ко обвалить в я рить на сков

Незрелый трюлю, зали в котором в пять-шесть к рюлю крыш до размягчен разваривани

На сковоро пать столов смесь бульо жовник, пол ных цыплят сом.

«Пальчики»

Двести г мочить в во сте с барани добавить пя ка, два яйца сформовать 15 мм и обж

Долма ве

Грузинск Крупные кипящей во ды, остудит три-четыре фарш, сфор Для при ных соотно ржаного хл молоке, доб сырое яйцо ренный в р нарезанную крутое яйц перемешати

Панированный картофель

Отварить картофель в «мундирах», очистить и дать остыть. Нарезать его кружочками толщиной в сантиметр. Мелко нарезанную ветчину соединить с мукой и толчеными сухарями. Отдельно взбить яйца. Ломтики картофеля обвалить в смеси из рубленой ветчины, муки и сухарей, смочить в яичном льезоне и обжарить в масле. Подавать картофель с различными салатами.

Цыплята орловские

Цыплят разрубить на четыре части и сварить с кореньями. Сваренных цыплят обвалить в яйце и сухарях, слегка обжарить на сковороде.

Незрелый крыжовник высыпать в кастрюлю, залить двумя стаканами бульона, в котором варился цыплет, добавить пять-шесть кусков сахара, накрыть кастрюлю крышкой и варить на слабом огне до размягчения ягод. Но не допускать их разваривания.

На сковороде распустить масло, всыпать столовую ложку муки и развести смесь бульоном, в котором варился крыжовник, положив туда и ягоды. Обжаренных цыплят залить крыжовниковым соусом.

«Пальчики»

Двести граммов пшеничного хлеба замочить в воде, отжать и пропустить вместе с бараниной (500 г) через мясорубку, добавить пять толченых зубчиков чеснока, два яйца, заправить солью и корицей, сформовать узкие котлеты толщиной 12—15 мм и обжарить их в бараньем жире.

Долма вегетарианская

Грузинское блюдо.

Крупные листья капусты проварить в кипящей воде минут пять, вынуть из воды, остудить, положить крест-накрест по три-четыре листа и завернуть в них фарш, сформовав небольшие голубцы.

Для приготовления фарша взять в равных соотношениях мякиш пшеничного и ржаного хлеба, замочить его в теплом молоке, добавить хорошо перемешанные сырое яйцо, нарубленный и слегка поджаренный в растительном масле лук, мелко нарезанную зелень, мелко нарезанное крутое яйцо, соль, перец. Все тщательно перемешать.

Сформованные голубцы уложить в невысокую кастрюлю, на дно которой положить несколько веточек зелени, залить оставшимся от замачивания хлеба молоком так, чтобы жидкость слегка покрыла голубцы, и варить на небольшом огне до готовности (минут 20—25). Готовое кушанье выложить на блюдо и залить ряженкой или острым соусом (например, аджикой), посыпать рубленой зеленью.

Поддельный заяц

Восемьсот граммов свинины дважды прокрутить через мясорубку, две столовые ложки сухарей размочить в молоке, смешать со взбитыми до пены яйцами, поперчить, посолить и перемешать с мясным фаршем.

Раскатать фарш в виде батона, уложить его на смазанную и обсыпанную сухарями сковороду, придать по возможности форму зайца, нашпиговать его кусочками сала, сбрызнуть маслом. Добавить в сковороду немного воды и поставить в горячую духовку.

На стол «зайца» подать оформленным зелеными листьями петрушки, сельдерея, укропа.

Пенник из капусты

Килограмм очищенной капусты нашинковать и положить в кастрюлю, залить молоком, припустить до готовности, охладить и пропустить через мясорубку. В подготовленную капусту добавить стакан молотых сухарей, три растертых с сахаром желтка, взбитые белки, соль, перец, все перемешать и уложить в смазанную маслом сковороду и запечь в духовке. Подавать со сметаной.

Мясо пикантное

Шестьсот граммов крупно нарезанной говядины (граммов по пятьдесят кусочек) вместе с нарезанными кольцами луком поместить в кастрюлю, залить водой так, чтобы продукты были только покрыты, и поставить варить. Добавить коренья, перец, соль, лавровый лист. Закрыть кастрюлю крышкой и тушить до мягкости. Добавить нарезанные дольками три маринованных огурчика. Блюдо загустить двумястами граммами хлеба или сухарей. Все вместе варить пять минут, довести до вкуса. На гарнир подать отварной картофель, картофельное пюре или картофель-

ные клецки. Блюдо, естественно, посыпать свежей рубленой зеленью.

Заедки

«Заедки» — старинное русское название десерта, подававшегося после парадных обедов. В него входили яблоки, орехи, сухие фрукты (изюм, чернослив, шептала — сушеные абрикосы или персики с косточками, винные ягоды, финики), старинные русские сладости, мороженое.

Иногда заедки предшествовали званому обеду или ужину. В этом случае они состояли из икры, балыка семги, моченых яблок и брусники, соленых грибов и других закусок, горячих пирожков, бабок, муссов.

Русские заедки нынче встречаются на новогодних елках в некоторых русских семьях с крепкими традициями. Они носят название «подноса» и действительно подаются на большом, покрытом салфеткой подносе, где кучками раскладываются фрукты, клюква, пастила, мармелад, мелкие прянички, орехи, мороженое, взбитые сливки.

В повседневной жизни заедки теперь называем мы десертным блюдом, которое подается в конце обеда, что-то обязательно вкусненькое и легкое.

Слойка псковская

В креманку, вазу или десертную тарелку положить слой размолотых сухарей, высушенных из килограмма ржаного хлеба, затем сверху аккуратно, ровным слоем — двести граммов брусничного или клюквенного варенья, а за этим — триста граммов взбитых сливок. Вновь обсыпать жареными сухарями и положить сверху ложку варенья. Слойку подавайте с кружкой холодного молока.

Такое десертное блюдо непременно встречалось на любом русском столе. Его наши предки подавали заезжим гостям из Скандинавии — большим любителям черного хлеба и брусничного варенья. По вкусу угощение приходилось и гостям из Франции, Польши и Германии. А у прибалтов и по сию пору встречается оно на десерт и пользуется успехом.

Мусс хлебный

Черствый хлеб залить водой, добавить сахар, корицу, ягодный сироп и все пере-

мешать. Желатин залить холодной водой (1:4), поставить для набухания на сорок минут, потом подогреть на водяной бане (поставить в кастрюлю с кипящей водой). Затем соединить с подготовленной массой и взбить до получения пышной пены. Вылить в форму и поставить в холодильник. Перед подачей полить ягодным сиропом, вареньем или сливками.

Шарлотка летняя

Она готовится предельно просто — из черствого батона, красной смородины и малины.

Вымойте ягоды (примерно полтора стакана малины и полстакана смородины), пересыпьте их сахаром. На дно довольно глубокой формы уложите подготовленные ломтики белого хлеба (обрежьте корку). Толщина ломтиков — полсантиметра. Выложите ими и бока формы. Насыпьте ягодную начинку, разровняйте ее ложкой. Сверху тоже уложите ломтики батона и положите груз. Поставьте в холодильник.

Через некоторое время, перевернув форму, вы получите шарлотку красивого малинового цвета. Разрежьте ее на куски и подайте с холодным молоком.

Шарлот

Измельчите двести граммов рассыпчатого печенья и соедините со стаканом молока. Поставьте смесь на водяную баню и взбивайте, пока не станет горячей. Затем снимите с огня и продолжайте взбивать, пока не остынет и не загустеет. В отдельной миске взбейте масло (120 г) с сахаром (150 г) до бела. Небольшую часть этой пышной массы отделите для украшения. Остальную смешайте с печеньем, вымытой и подсушенной смородиной (300 г), ванилином или лимонной цедрой. Смесь выложите в большую плоскую тарелку, оформите, украсьте кремом, различными ягодами. Несколько часов этот быстро приготавливаемый шарлот должен постоять на холоде.

Напиток «Лимпопо»

Если вас посетят гости из Финляндии, можете смело подать на заедки «Лимпопо», один из любимейших напитков финнов. Можно предлагать его гостям и из других Скандинавских стран.

Хлеб нарезать тонкими ломтиками и хорошо просушить. Можно чуть-чуть за-

печь. Отдельно приготовить смесь из пива и лимонного сока. Сложить сухари в керамическую или эмалированную посуду, залить их приготовленной смесью. Туда же опустить измельченную лимонную корку. Дать напитку настояться минут тридцать, затем процедить. Перед употреблением охладить до 8—12°C.

Продукты: килограмм черного хлеба, три бутылки светлого пива, 300 г сахара, 100 г рома, 10—15 г лимонной корки, сок из двух лимонов.

Кекс «Десертный»

Вскипятите пол-литра молока со ста граммами масла. Остудите, затем влейте в молоко пять яиц, всыпьте корицу, тертую лимонную корку, двести граммов цукатов, столько же промытого изюма и килограмм хлебного мякиша. Хорошо размешайте до однородной массы и выложите на противень, а лучше в смазанную маслом форму. Выпекайте до образования корочки, остудите и нарежьте квадратами.

Хлебный кекс подают на десерт с клюквенным или абрикосовым соусом, взбитыми сливками, а также как дополнение к кофе, чаю, какао, жидкому шоколаду.

Бабка яблочная

На 65 граммов пшеничного хлеба возьмите два средних яблока, столовую ложку молока, яйцо, чайную ложку сахарного песка и столько же маргарина.

Очищенные от кожицы и семян яблоки нарежьте мелкими кубиками и пересыпьте сахаром, можно добавить и молотую корицу. С хлеба срежьте корки. Мякиш порежьте на прямоугольники толщиной в полсантиметра. Оставшиеся обрезки нарежьте мелкими кубиками и подсушите. Ломтики хлеба с одной стороны смочите в смеси из яиц, молока и сахара и уложите смоченной стороной вниз в форму, покрыв дно и стенки. В середину положите подготовленные яблоки, смешанные с хлебными сухариками. Сверху прикройте ломтиками хлеба, уложив их смоченной стороной вверх и запекайте.

На десерт подайте с вареньем из цукатов.

Бабка ржаная «Изюминка»

Двести граммов ржаного хлеба нарежьте ломтиками в полсантиметра и слегка смочите водой. Вареную свеклу

натрите на крупной терке, добавьте яйца (одно-два), четверть стакана изюма и перемешайте. На сковороду, смазанную маргарином и посыпанную сухарями, выложите в один ряд смоченный хлеб, на него положите подготовленную свеклу, сверху закройте ломтиками хлеба, залейте яйцом и запекайте сорок минут.

Шарлотка для Ванечки

Очистить несколько кисло-сладких яблок, вырезать сердцевину, взять пару сдобных черствых булочек, снять корку, мякиш нарезать ломтиками; стакана два молока или сливок размешать с двумя яйцами и двумя ложками мелкого сахара, обмакнуть в этом соусе каждый ломтик булки, обложить ими дно смазанной маслом формы, положить на них ломтиками нарезанные и немного обтушенные в кастрюле с маслом и сахаром яблоки, покрыть яблоки остальными, намоченными в соусе, ломтиками булки, раскидать сверху кусочки масла и поставить в духовую печь. Между яблок кладут также немного варенья: черносмородинового, крыжовенного или абрикосового. А сверху при подаче к столу шарлотку неплохо полить абрикосовым сиропом.

Напиток дрожжевой

Нарежьте тонкими кусочками ржаной хлеб, высушите на противне в духовке. Сухари залейте кипятком, дайте настояться четыре часа и процедите через сито. Слегка подогрейте настой, положите в него дрожжи и лимонную цедру. Поставьте на шесть—восемь часов в теплое место, затем — в холодильник. При подаче на стол добавляйте сахар и мед.

На литр: 150 г ржаного хлеба, столько же дрожжей, 50 г сахара, цедру половины лимона.

Сухарный квас

Особенно хорош он на заедки летом, в знойную его пору.

В духовом шкафу подсушите нарезанный ломтиками черный хлеб, ни в коем случае не давая ему пригореть. Полученные сухари положите в кастрюлю или бочонок, залейте кипятком, закройте, дайте постоять часа три-четыре. После этого настой процедите, положите в него дрожжи, сахар и мяту с душицей. Накройте салфеткой и в таком виде оставьте для брожения часов на пять.

Когда квас начнет пениться, вторично процедите, разлейте в бутылки, куда предварительно положите по несколько изюминок, и закупорьте. Пробки перед закупориванием следует размочить в кипятке, чтобы они стали эластичнее, а после укупорки закрепить пробки шпагатом. Бутылки вынести на холод и оставить там в лежащем положении. Через два-три дня квас будет готов.

Квас кленовый

Сок клена слегка заквасить в теплом месте, добавить сухари из ржаного хлеба. Буквально через сутки квас будет готов, остается только его процедить и... пейте на здоровье!

На три литра кленового сока 200 г сухарей.

Печеное

«Не красна изба углами, красна пирогами». «Без пирога именинник не именинник». «Колчан пригож стрелами, обед — пирогами». Это русские пословицы говорят о давней популярности пирогов. Показывается это блюдо не каждый день, в основном — на праздничном столе. Не случайно, верно, и слово «пирог» происходит от слова «пир».

Вот как описывал их Адам Олеарий: «Между прочим, у них (русских) имеется особый вид печенья, вроде паштета, или, скорее, пфапкухене, называемый ими «пирогом»; эти пироги величиною с клин масла, но несколько более и продолговаты. Они дают им начинку из мелкорубленной рыбы или мяса и луку и пекут их в коровьем, а в посту в растительном масле; вкус их не без приятности. Этим кушаньем у них каждый угощает своего гостя, если он имеет в виду хорошо его принять».

Русские вообще отличаются своим гостеприимством, и потому пироги, кулебяки, калачи и многое, многое другое печиво всегда было символом радушия, тепла и благополучия в доме. Сегодня, пожалуй, редкая девушка в семнадцать-восемнадцать лет в совершенстве владеет умением печь. А между прочим, ее сверстница в прошлом считала этот навык просто необходимым для жизни. И, согласитесь, была права.

Попутинок

Этот пирог называется еще и дорожным — его обычно готовили отправлявшиеся в дальнюю дорогу, в путешествие.

Смешайте в миске двести граммов сахара, восемь желтков и лимонную цедру. Растирайте хорошенько все вместе деревянной ложечкой, сбейте восемь белков и быстро примешайте их туда же. После прибавьте половину мякиша белого хлеба, мелко крошеного, опять мешайте. Когда получится гладкая масса, выложите на лист, намазанный маслом, разровняйте до одного пальца толщины, печите при легком огне.

Когда тесто пропечется, разрежьте его на кружки диаметром приблизительно в стакан, положите их попарно друг на друга, соединяя мармеладом из абрикосов или каким другим, посыпьте сахаром, корицей и упаковывайте в дорогу.

Мы намеренно сохранили стиль старинного этого рецепта — наши предки тоже пользовались нехитрой кулинарией, приготовленной из хлеба. Нехитрой-то нехитрой, но, уверяю, питательной и вкусной. А если к попутнику да молоко топленое или ряженку!..

Пирог-выручалочка

Прозвали его так за быстроту приготовления. Гости на пороге — пирог в печь и через тридцать минут с пылу с жару — на стол! Чаще его пекут с яблоками, но начинкой может быть любой сухой продукт: орехи, чернослив, курага, например.

Полкило черствого белого хлеба без корки нарежьте мелкими ломтиками. Взбейте со стаканом молока и половиной стакана сахара два-три яйца. В полученную массу обмакните ломтики хлеба и уложите на противень, смазанный сливочным маслом и обсыпанный молотыми сухарями.

Яблоки, граммов триста, очистите, удалите сердцевину, нарежьте ломтиками, прокипятите в сахарном сиропе три минуты, выньте шумовкой и дайте остыть. Некислые яблоки можно использовать в сыром виде, пересыпав сахаром. Положить яблоки на хлеб и закрыть другим слоем хлеба. Запекать в духовке.

Пирог можно украсить, обсыпав сверху сахарной пудрой и кусочками яблок из яблочного варенья.

Если пирог печется с сухофруктами, их надо предварительно размочить и мелко порубить.

Закрытый пирог

На 400 пшеничного хлеба: 4—6 яблок, 2—3 стакана молока, 2 яйца, полстакана сахарного песка, чайная ложка корицы, 2 столовые ложки сливочного масла или маргарина, столовая ложка сахарной пудры, столовая ложка панировочных сухарей.

Ломтики пшеничного хлеба замочить в яично-молочной смеси и половину их выложить в ряд на противень, смазанный маргарином и посыпанный панировочными сухарями. Яблоки нарезать на крупной терке, пересыпать сахаром, уложить на слой хлеба, а на яблоки положить второй слой ломтиков хлеба. Поверхность залить остатками яично-молочной смеси, полить растопленным сливочным маслом или маргарином. Выпечь пирог в духовке.

Горячий пирог охладить, нарезать на порции и посыпать сахарной пудрой или песком.

По желанию в этот пирог можно положить корицу, часть яблок можно заменить малиной, часть масла — сметаной или сливками.

Так же готовят пироги со сливой, вишней, черникой, черноплодной рябиной и любыми ягодами и фруктами.

Пирог «Минутка»

Белый хлеб и сыр расположите слоями в смазанной жиром форме. Молоко, яйца, пряности смешайте и влейте в форму. Запеките в духовке на небольшом огне до подрумянивания. Можно добавить слой нарезанных помидоров.

Пирог с голубицею

Пол-литра молока, три яйца, 150 граммов нарезанного маленькими ломтиками, а лучше кубиками, белого хлеба, сто граммов муки перемешать, посолить. Добавить суповую тарелку голубики. Выложить на противень, смазанный жиром, выпекать в духовке, пока пирог не подрумянится с обеих сторон. Хорош пирог с холодным молоком.

Грушевый пирог

Три-четыре груши средней спелости нарежьте на дольки, удалите сердцевину и уложите на большом плоском противне. Соедините шесть полных столовых ложек сливочного маргарина, полстакана молотых белых сухарей и четверть стакана

геркулесовых хлопьев, на кончике ножа корицу, сахар по вкусу, в однородную смесь. Прикройте ею груши и слегка прижмите сверху. Пеките, пока фрукты не станут мягкими.

К грушам в начинку можно прибавить и яблоки, тогда соответственно груш будет меньше. Неплохо в такой пирог добавить тертую лимонную цедру.

Кармелитки

Взять сколько требуется бараночек или сухек, размочить их в красном вине, только не давать размокнуть, сцедить вино, обжарить в несоленом масле, обязательно кипящем, с обеих сторон, густо посыпать сахарной пудрой и корицей.

Каравашка

Так прозывают каравай в Архангельской области. И если пекут его к свадьбе, то, вынимая из печи, приговаривают: «Мой каравай в печь перепелкой, из печи коростелкой!», т.е. больше. В Тамбовской губернии караваем называли девичник, потому что каравай непременно на нем угощение. А вообще в русской кухне в старину так называли любые выпечные изделия в виде высокого цилиндра, выпеченный в каравайнике — посудине клином.

Но, как говорится: «На чужой каравай рта не разевай (губ не надувай), а пораньше вставай, да свой затирай (затевай)».

Четыреста граммов черствого пшеничного хлеба натереть на терке, уложить в каравайник и залить молоком (400-г). Восемьдесят граммов масла растереть со стаканом сахара, четырьмя яйцами и цедрой лимона, натертой на мелкой терке. Все смешать с хлебной массой, выложить в смазанную маслом и посыпанную сухарями форму, выпекать в духовке при температуре 180—200°C.

Подать со сливками.

Пирожное «Сюрприз»

Триста пятьдесят граммов печенья пропустить через мясорубку, стакан орехов мелко порубить, продукты перемешать с банкой сгущенки, сформовать пирожные в виде клубней картофеля, обвалять в сахаре, смешанном с какао-порошком, украсить орехами, поместить в холодильник.

Кондитерские колбаски

Растопить двести граммов сливочного масла, добавить три четверти стакана сахара, три столовых ложки какао, столько же молока, перемешать. Печенье нарезать мелкими кубиками, соединить с подготовленной массой, сформовать батон «колбасы», завернув массу в пергаментную бумагу, положить в холодильник. Нарезая, снимать бумажную обертку.

Малиновые пряники

Три стакана сухой малины залить четырьмя стаканами кипятка и разварить на медленном огне до закипания и полной мягкости, после чего отжать три стакана густого сока. Сок смешать с тремя стаканами меда, прокипятить.

Стереть в пудру стакан-полтора хорошо просушенных ржаных сухарей и смешать их с порошком сухой малины (стакан), а затем соединить эту смесь с медово-малиновой смесью в густое тесто, которое поместить в эмалированную посуду (низкую кастрюлю, тазик) и поставить в кипящую воду, чтобы прогреть до разваривания сухой малины и полного разбухания сухарной массы. Проваренное таким образом тесто разделить на лепешки и просушить их на листе либо в предварительно нагретой, но выключенной духовке, либо наверху плиты, в которой зажжена духовка. Подсушенные пряники обвалять в сахарной пудре, смешанной с ванильным сахаром или ванилином.

Черные пряники

Два-три стакана смеси сиропов варенья (смородинового, клюквенного, брусничного (или смеси смородинового и малинового сиропа) и две-четыре столовых ложки меда перемешать и прогреть, не доводя до кипения, добавить молотые пряности (1 ч. ложка корицы, 0,5 ч. ложки бадьяна, столько же имбиря, 3 гвоздички, щепотку мускатного ореха, одну ложку аммония или лекарьского порошка) и замесить на этой смеси с тремя-четырьмя стаканами ржаных сухарей крутое тесто. Хорошо перемешать его, намазать слоем один сантиметр на кондитерский лист и просушить на плите, как малиновые пряники. Затем нарезать в теплом состоянии выемкой и глазировать.

Глазурь получают из полкило сахара и трех четвертей стакана воды. Сахарный сироп уваривают «до средней нитки» (т.е.

тягучести), тщательно сняв пену и другие пряности.

Пряники размещают в широком эмалированном тазу одним слоем и равномерно обливают их сахарным сиропом, а затем перемешивают деревянной ложкой, чтобы глазурь покрыла их равномерно. Затем выкладывают на противень и просушивают в духовке не более минуты.

Коврижка

«Московская мостовая»

К тесту для черных пряников (см. предыдущий рецепт) добавить изюм, промытый в горячей воде и нарезанный пополам. Тесто раскатать в жгут, нарезать кусочками, раскатать из них шарики величиной с грецкий орех и плотно уложить на листе, обрамляя жгутиком из теста каждые 10—20 штук (блок). После выпечки эти блоки покрыть глазурью.

Пирог «Щеголиха»

Приготовить дрожжевое тесто из 375 г муки, тонко раскатать, полить ложкой-двумя растопленного маргарина, посыпать толчеными сухарями. Сверху уложить хорошо промытые ягоды черники и черной смородины. Сразу же после выпечки посыпать сахаром. Выпекать около получаса при средней температуре. Если ягоды кислые или совсем спелые, толченые сухари нужно перемешать с пятьюдесятью граммами сахара, а перед выпечкой всыпать еще столько же. Оставшимся сахаром посыпать еще горчий пирог.

Торт «Уральский»

Желтки двенадцати яиц разотрите с полутора стаканами сахара, добавьте пряности (корица, гвоздика, кардамон) и полстакана хлебных сухарей. Сухари предварительно замочите в молоке или сливках, чтобы получилась рассыпчатая масса. Затем влейте взбитые белки, добавьте еще полстакана сухарей, столовую ложку крахмала, две столовые ложки орехов и чайную ложку какао. Осторожно перемешайте, вылейте в одну или две формы, как у вас получится, и выпекайте при умеренной температуре минут сорок—пятьдесят.

Форме дать остыть, посыпать поверхность торта сахарной пудрой.

Бисквитный торт с сухарями

Семь штук яиц целиком разбейте в кастрюлю, разотрите с половиной стакана сахарного песка до исчезновения крупинок, поставьте на слабый огонь и взбивайте венчиком, не доводя до кипения, пока масса не увеличится в объеме в четыре-пять раз. Затем снимите с огня и выбивайте еще минут десять—двенадцать. После этого добавьте две столовые ложки муки и шесть ложек просеянных ржаных сухарей. Осторожно все вымешайте и выливайте в форму на $\frac{3}{4}$ высоты, смазанную маслом и застланную промасленной бумагой.

Выпекают бисквит при температуре $200-210^{\circ}$. Остывший бисквит разрежьте по горизонтали на два пласта. Нижний намазываете кремом и накрываете вторым пластом, слегка прижимая для уплотнения крема. Поверхность и бока торта смажьте кремом, украсьте с помощью бумажного корнетика или металлической трубочки рисунком из крема, плодами и ягодами из варенья.

Торт «Чернавка»

Для этого торта нам потребуется шесть яиц. Отделим белки от желтков. Желтки разотрем с полутора стаканами сахара, смешаем с шестидесятью граммами толченых сухарей из черного хлеба и столовой ложкой картофельной муки. Сверху положим взбитые белки и вымешаем сверху вниз.

Теперь смажем форму маслом, на дно положим промасленную бумагу, дно и бока посыплем мукой, чтобы торт легко отделялся. Дальше выложим тесто в форму, разровняем и поставим в горячую духовку на небольшой огонь. Готовый торт разрезаем на три коржа и каждый смажем кремом.

А крем готовится так: $\frac{3}{4}$ стакана сахара мешаем с полутора стаканами молока и одним яйцом, ставим все на огонь и доводим смесь до загустения, непрерывно помешиваем. Затем остудим до температуры парного молока, добавим пакетик ванили, сто граммов натертого шоколада, столовую ложку какао, двести граммов масла и все разотрем до гладкости. Остается только смазать коржи готовым кремом и подать торт на стол.

Торт «Елисаветинский»

Для торта подготовьте: 11 яиц, 4 стакана сахара, 1,5 стакана молотых суха-

рей, 400 г грецких орехов, 250 г сливочного масла, 3 стакана молока, 3 апельсина, 2 ст. ложки какао.

Восемь желтков разотрите с двумя стаканами сахара, всыпьте сухари (пшеничные), смешанные со стаканом грецких орехов, сверху положите восемь взбитых белков и осторожно перемешайте. Выложите в смазанную и посыпанную мукой форму и печите на среднем жару.

Пока торт печется, сделайте промочку: стакан орехов, половину стакана сахара и полтора стакана молока прокипятите, помешивая непрерывно, пока орехи не станут мягкими, остудите. Теперь приготовьте крем: 3 яйца разотрите со стаканом сахара, прибавьте смесь из одной чайной ложки картофельной муки и такого же количества пшеничной, добавьте оставшиеся орехи, хорошенечко вымешайте, постепенно залейте 1,5 стаканами горячего молока, проварите, мешая, на слабом огне до густоты. Кстати, загляните в духовку — не пора ли вынимать торт? Крем слегка остудите, вотрите двести граммов сливочного масла. Сварите помадку из двух столовых ложек какао, $\frac{3}{4}$ стакана сахара и такого же количества воды, добавив туда 50 граммов масла.

Залейте торт помадкой, бисквит нарежьте на три коржа, промочите каждый ореховой промочкой. На верхний корж, смазанный кремом, по краю уложите дольки апельсина, чтобы они покрыли крем. Незаполненную апельсинами середину торта, смазанную кремом, залейте помадкой, сверху слегка посыпьте орехами, бока торта смажьте помадкой.

Торт этот, конечно, не для ленивых, но, честное слово, достоин внимания.

Торт «Ореховый»

Для него используют готовое печенье, это торт быстрого приготовления.

Триста граммов печенья, чайную ложку картофельной и такое же количество пшеничной муки смешать, постепенно влить половину стакана холодного молока. Отдельно вскипятить стакан молока и, помешивая, влить в него приготовленную массу. Когда крем загустеет, снять с огня и остудить. Триста граммов сливочного масла, полтора стакана сахара и яйцо растереть, смешать с молочным кремом, добавить ванилин или цедру лимона. После этого всыпать в крем печенье и два стакана измельченных орехов, размешать.

Готовый торт поставить в холодильник. Перед подачей на стол украсить орехами.

Торт «Садко»

500 г печенья «Садко», 3/4 стакана воды, 500 г сахара, банка сухого молока, несколько столовых ложек какао, 200 г масла, 100 г орехов.

Вскипятите воду с сахаром, смешайте сухое молоко с какао и растертым маслом, влейте вскипевший сироп, перемешайте. Печенье уложите в форму, застеленную промасленной бумагой, уложите так, чтобы не осталось пустого пространства. Смажьте печенье горячим кремом, разровняйте поверхность ножом и посыпьте орехами или тертым шоколадом.

Торт «Мухомор»

Сельдь вымочите в молоке или чае, разделите филе, нарежьте мелкими кусочками (часть оставьте для украшения), добавьте мелко нарезанные слегка поджаренные, а затем охлажденные грибы, сливочное масло или сливочный маргарин, все хорошо перемешайте.

Намажьте селедочной массой ломтик хлеба, на него положите еще один и так повторите несколько раз. Верхний ломтик не смазывают. Теперь поставьте торт в холодильник. Охлажденный торт смажьте сливочным маслом и посыпьте рубленым яйцом. Украсьте сверху кусочками сельди, розочками из сливочного масла, дольками яйца, зеленым луком, укропом. В центре поставьте помидор, украшенный в виде мухомора, для чего на срезанное крутое яйцо наденьте половину помидора, усыпанного точками из сметаны или майонеза.

Торт слоеный «Лесная сказка»

Желтки пяти яиц разотрите с ложкой сахара, добавьте стакан молотых сухарей из ржаного хлеба, взбитые в густую пену белки. Перемешайте массу и выложите в форму, смазанную маслом и посыпанную сухарями. Выпекайте в жарочном шкафу минут пятнадцать—двадцать.

Готовый торт выложите на доску, охладите и разрежьте по горизонтали на две лепешки. Каждую смазать грибным кремом. Сложить одна на другую. Полученный торт смазать сверху кремом и засыпать сначала измельченными крошками, а потом мелко тертым сухим сыром. Подавать готовый торт разрезанным на маленькие прямоугольники. На каждый неплохо положить по одному-два крошечных маринованных или обжаренных грибочка.

Крем готовится заранее. Еще накануне, вечером, грибы хорошенечко промыть, чтобы не остался песок, сложить в кастрюльку, залить четырьмя стаканами холодной воды и оставить до утра. Утром в этой же воде сварить до мягкости. Грибы вынуть, а бульон оставить вариться, чтобы он выпарился и осталось только полтора стакана. Все остудить. В половине стакана холодного отвара вскипятить с пропущенными через мясорубку отварными и посоленными по вкусу грибами. Туда же добавить разведенную муку, поварить, мешая, до густоты сметаны и постепенно, кладя по чайной ложке, втереть сваренную грибную массу.

Для крема нужно: 100 г сухих белых грибов, 300 г масла сливочного, 2 чайные ложки муки, яйцо.

Абрикосовый торт

Взбейте двести граммов сливочного масла со ста пятьюдесятью граммами сахара, соедините с двумястами граммами панировочных сухарей, яйцом, ванилином. Полученную массу выложите в смазанную водой форму и поставьте в холодное место, чтобы затвердела. Через три часа на готовом торте разложите пюре, приготовленное из восьмисот граммов абрикосов и ста граммов творога.

Торт ягодный

Растереть три желтка со стаканом сахара, добавить банку майонеза и соединить с мякишем двух городских булочек. Глубокую сковороду смазать маслом, посыпать мукой, выложить в нее массу. Испечь торт в духовке со средним жаром до слегка золотистого цвета. Вынуть из духовки, засыпать какой-нибудь ягодой, сверху залить взбитыми белками, смешанными со стаканом сахара. Допечь на слабом огне. Когда на белках появится золотистая корочка и они хорошо подсыхнут, вынуть торт и порезать на сковороде на порции.

Зефирный торт

1 кг зефира, 500 г очищенных орехов, 5—6 штук сухого готового печенья, 2 яйца, 1,5 стакана сахара, стакан молока, 200 г масла, цедра одного лимона.

Зефир разделить на половинки, срезать округлые верхушки. Орехи раздробить скалкой. Сварить крем: яйца растереть с сахаром, залить молоком и, непре-

равно помешивая, варить до густоты, не давая кипеть. Остудить и растереть с маслом и лимонной цедрой. Калькой или пергаментной бумагой застелить бока и дно формы, положить в нее слой плоских зефиров, заполнив все промежутки срезанными верхушками разрезом кверху так, чтобы получился сплошной корж, на него нанести часть крема, сверху густо засыпать орехами, снова положить пласт из зефира. И так укладывать, пока не израсходуются все продукты. Сверху обмазать кремом и украсить срезанными верхушками зефира и половинками орехов. Накрыть форму с тортом крышкой и поставить в холодильник на три-четыре дня. Этот торт может оставаться свежим хоть неделю.

Торт с орехами и изюмом

Четыре желтка и два яйца взбить с сахаром в пышную массу, влить стакан не горячего топленого масла, очищенные орехи, промытый изюм и столько хлебной белой крошки, сколько необходимо для получения массы, похожей на густую манную кашу. Вымешанную массу выложить на лист с высокими краями или на сковороду и мокрыми руками разровнять тесто. Испечь торт в хорошо нагретой духовке. Украсить, как фантазия подскажет.

Торт «Прага»

Смешать две пачки заварного шоколадного крема, половину чайной ложки соды, стакан молока и стакан крошки белого хлеба, натертого на терке. Разделить на две части и выпекать. Вынуть из духовки, дать остыть, разрезать каждый корж пополам по горизонтали. Каждую из четырех готовых частей пропитать вином (50 г портвейна), смешанным с сахаром (стакан) и водой (100 г), смазать кремом, поставить на холод на три часа.

Для приготовления крема: смешать четыреста граммов сметаны с почти полным стаканом песка и половиной лимона, натертого на терке.

Готовый торт перед подачей на стол украсить рублеными грецкими орехами, мармеладом или вишней из компота.

«Холодный» торт

Мякиш хлеба пшеничного натереть на терке (два стакана) и смешать со стаканом варенья. Выложить горкой в салатни-

цу. Сверху украсить стаканом сметаны, слегка посыпать тертым хлебом, на середину сметаны положить немного варенья. Поставить на час в холодное место для пропитки. Такой торт спасет, если в дом внезапно пришли гости.

Торт с повидлом

175 г муки, 175 г толченых сухарей, 15 г дрожжей, 175 г сахара, 200 г маргарина, 20 г натертых орехов или миндаля, 2 яйца, 1 ст. ложка рома или молока, 250 г повидла, тертая лимонная цедра или ваниль.

Все продукты, за исключением повидла, перемешать, замесить тесто и оставить его на тридцать минут в прохладном месте. Готовым тестом заполнить на 2/3 смазанную жиром форму, сверху положить повидло. Из оставшегося теста приготовить полоски, которые положить крест-накрест на повидло. Выпекать около тридцати минут при средней температуре. Полоски из теста можно смазать взбитым яйцом.

Торт миндальный

На 450 г миндаля: 10 яиц, 2 стакана сахара, 1/2 стакана толченых сухарей, 1/2 ст. ложки масла. Для сливочной массы: 1/2 л сливок, стакан сахара, ваниль.

Яйца растереть с сахаром добела. Отдельно приготовить миндаль, для чего 400 г миндаля промыть, обсушить и истолочь в ступке. Полученное миндальное тесто смешать с яйцами и сахаром и все вместе растереть минут двадцать. Затем из теста испечь две лепешки в отдельных сковородах.

Отдельно приготовить сливочную массу. Для этого 1/2 литра сливок влить в кастрюлю, добавить стакан сахара и немного ванилина, поставить на огонь и варить, помешивая, пока не загустеет (цвет должен получиться светло-коричневый), после этого сливочную массу снять с огня, охладить и взбить лопаточкой.

Одну лепешку поместить на блюдо, положить на нее слой сливочной массы, разровнять и накрыть второй лепешкой, смазать верх лепешки сливочной массой, обсыпать рубленым, зарумяненным в духовом шкафу миндалем и подать к столу.

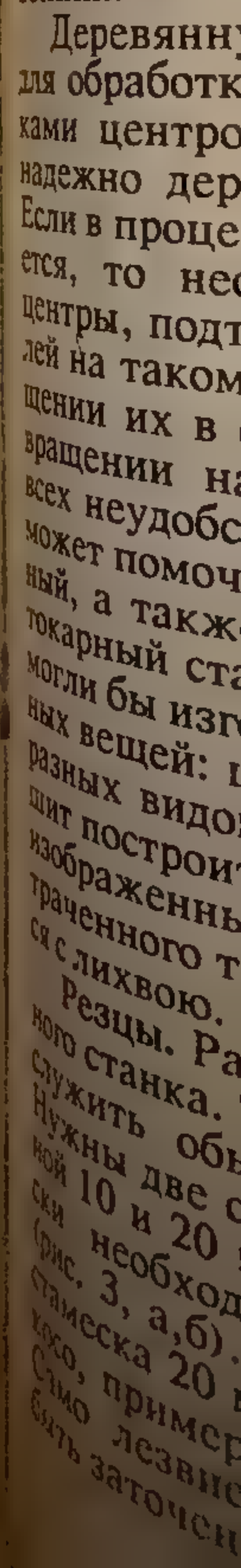


Как самому сделать токарный станок

Общее свойство всех токарных станков одно — обработка деталей деревянных, пластмассовых, костяных или металлических производится при вращении самой детали и при неподвижном обрабатывающем инструменте. Неподвижность инструмента условна, так как стамеску или резец приходится определенным образом передвигать относительно обрабатываемой детали. И тем не менее, основываясь на этом общем свойстве всех токарных станков, можно изготовить несложный так называемый лучковый ручной станок (рис. 1). Сделать этот станок, как видно из рисунка, нетрудно. В нем важную роль играют стальные центры, в качестве которых можно использовать, на худой конец, гвозди, но лучше болты с резьбой м6, м8, м10 или м12. Концы этих болтов следует запилить напильником на конус. Кончик конуса необязательно делать острым. Пусть он будет несколько притупленным. В двух деревянных стойках просверливаем

У лучкового ручного станка имеется подручник, или опора для резца. Подручник изготавливают из двух дощечек, склеенных или приклеенных под прямым углом друг к другу. Вертикальную дощечку подручника лучше немного скосить. Целесообразно на нее прикрепить полоску железа, чтобы стамеска, упиравшись боком, не врезалась в дерево. В горизонтальной дощечке подручника делают прорезь *а*, чтобы подручник можно было или приблизить или отдалить от обрабатываемой детали. Через эту прорезь и отверстие в основании проходит винтовой пробойник с шайбой либо болт с шайбой. Для того чтобы подручник можно было

... ПЛЮТЫ
'НЕДЕН' СОВЕТЫ



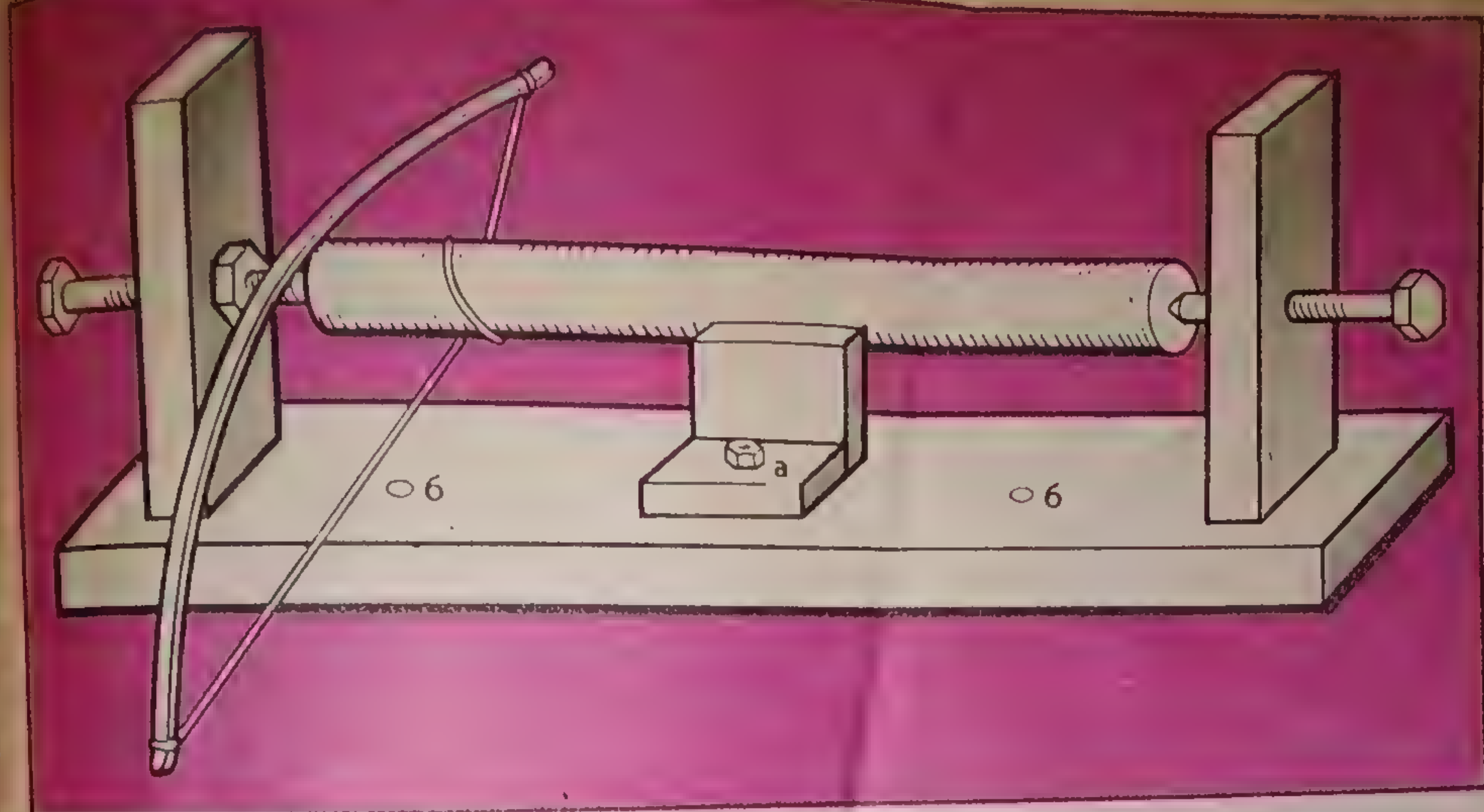


Рис. 1

перемещать вдоль обрабатываемой детали, в основании просверливают несколько дырок б, в которые и заворачивают пробойник.

Деревянную деталь, предполагаемую для обработки, заворачивают плотно гайками центровых болтов так, чтобы она надежно держалась, свободно вращаясь. Если в процессе работы деталь раскачивается, то необходимо сблизить немного центры, подтянув гайки. Обработка деталей на таком станке происходит при вращении их в одну сторону. При обратном вращении наш резец простаивает. При всех неудобствах такой токарный станок может помочь нам изготовить более сложный, а также и более производительный токарный станок (рис. 2), на котором мы могли бы изготавливать множество полезных вещей: шахматы, шашки, ножки для разных видов мебели и т.п. Тот, кто решит построить для себя токарный станок, изображенный на рис. 2, не пожалеет затраченного труда. Этот труд вознаградится с лихвою.

Резцы. Расскажем о резцах для токарного станка. Таковыми резцами могут послужить обычные столярные стамески. Нужны две стамески полукруглые шириной 10 и 20 мм. Эти полукруглые стамески необходимо заточить полуовально (рис. 3, а,б). Необходима также плоская стамеска 20 мм шириной. Ее мы заточим косо, примерно под углом 30° (рис. 3,в). Само лезвие плоской стамески должно быть заточено с обеих сторон (рис.3,г). На

рисунке также показана стамеска сбоку, заточенная неправильно, то есть овально (рис. 3,г'). Лезвие правильно заточенной стамески должно быть прямым (рис.3,г).

Кроме этих резцов, необходимых для обработки дерева, всякий кусок стали, имеющий в сечении прямоугольную форму, квадратную, круглую, может быть превращен в резец для обработки металла (рис. 4). Из старых небольших напильников любой формы (плоских, полукруглых и т.п.) можно изготовить хорошие резцы (рис. 5). Для обработки каких-либо мелких деталей резцы можно изготовить из тонкой стальной проволоки. На рис. 5,а показан прямо и сбоку самый ходовой резец, сделанный из плоского напильника. На рис. 5,б,б' — резец из полукруглого напильника. Этот резец стачивают с плоской стороны, так что само лезвие образуется при полукруглой стороне. На рис. 5,в,в' показан резец, сделанный из обратной стороны трехгранного напильника (в' — увеличенный вид того же резца). Этот резец необходим для обработки внутренней стороны какой-либо детали.

На рис. 4 показаны резцы из стали квадратного сечения (а, а', а'' — грабштихель) и из стали круглого сечения (б, б').

Прежде чем изготовить резец из напильника, последний следует отпустить (то есть напильник нужно раскалисть в печи докрасна и дать остыть на воздухе). После этого напильник можно будет обработать либо напильником, либо на точильном камне. Закончив изготовление резца из напильника, его необходимо вновь закалить (то есть накалисть до ярко-

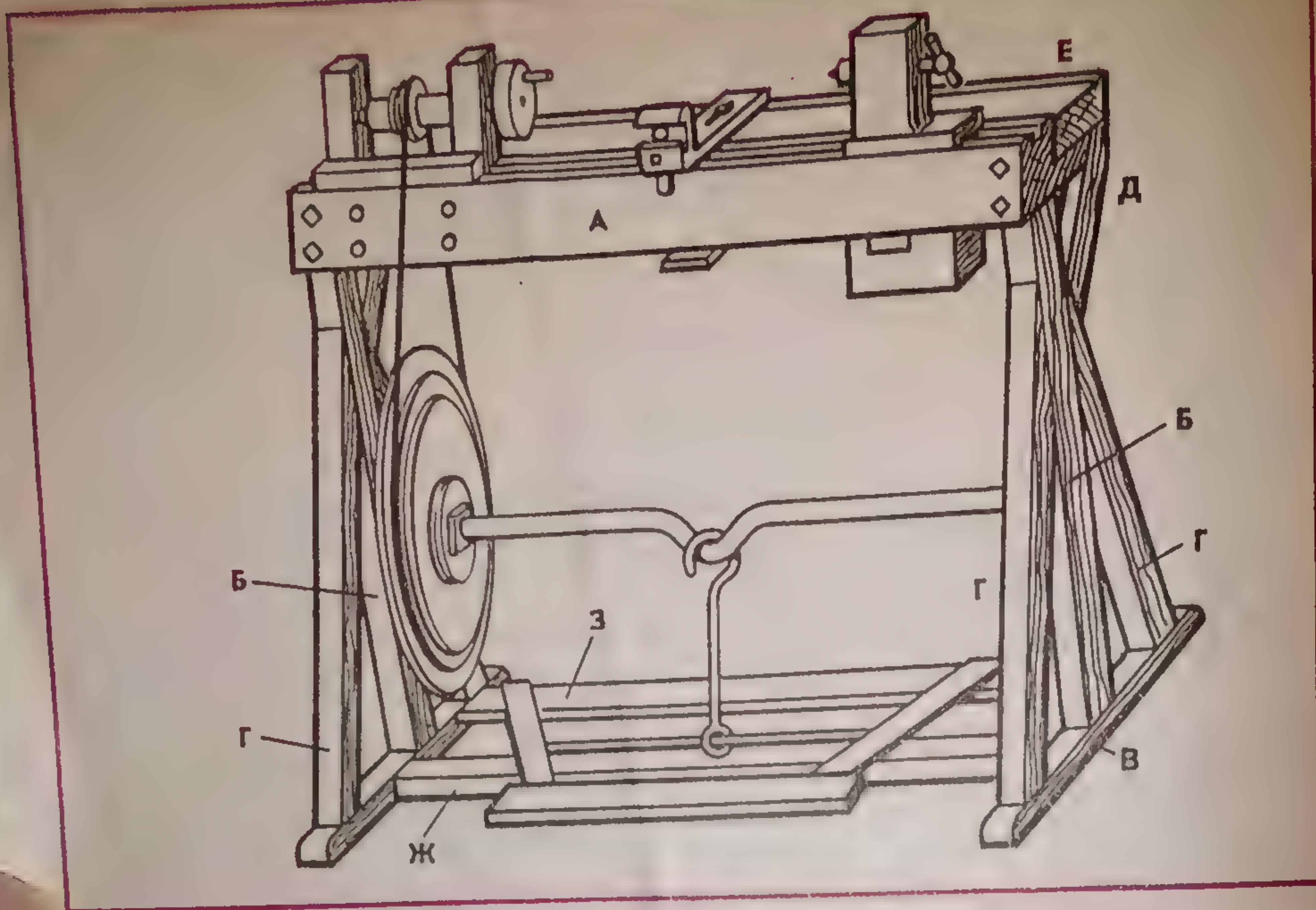


Рис. 2

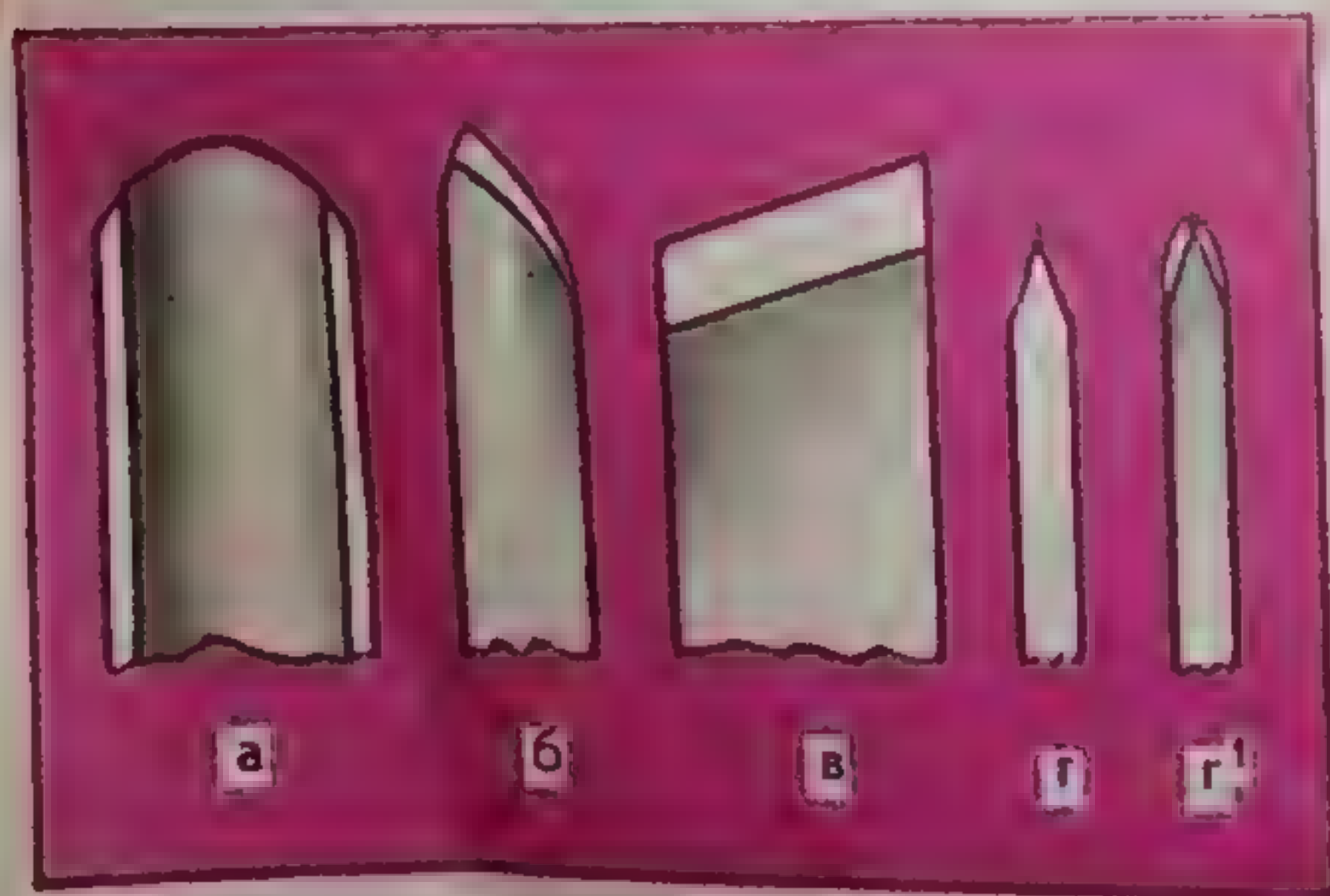


Рис. 3

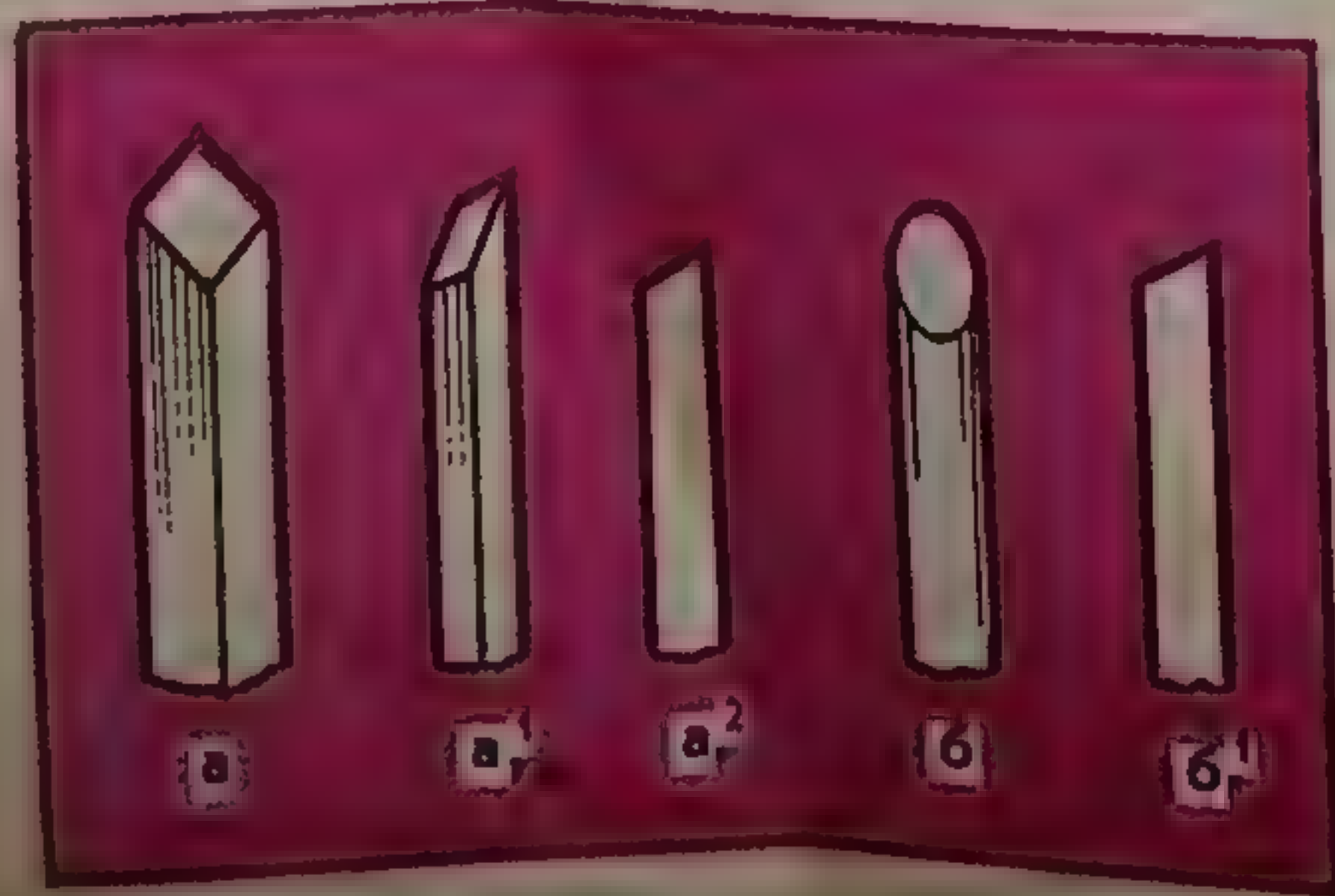


Рис. 4

красного цвета и остудить в воде). Точно так же следует поступить при изготовлении резцов из стали. Резец, показанный на рис. 5, в, загибают ударом молотка (после того как отпустят напильник) и только потом обтачивают и закаливают.

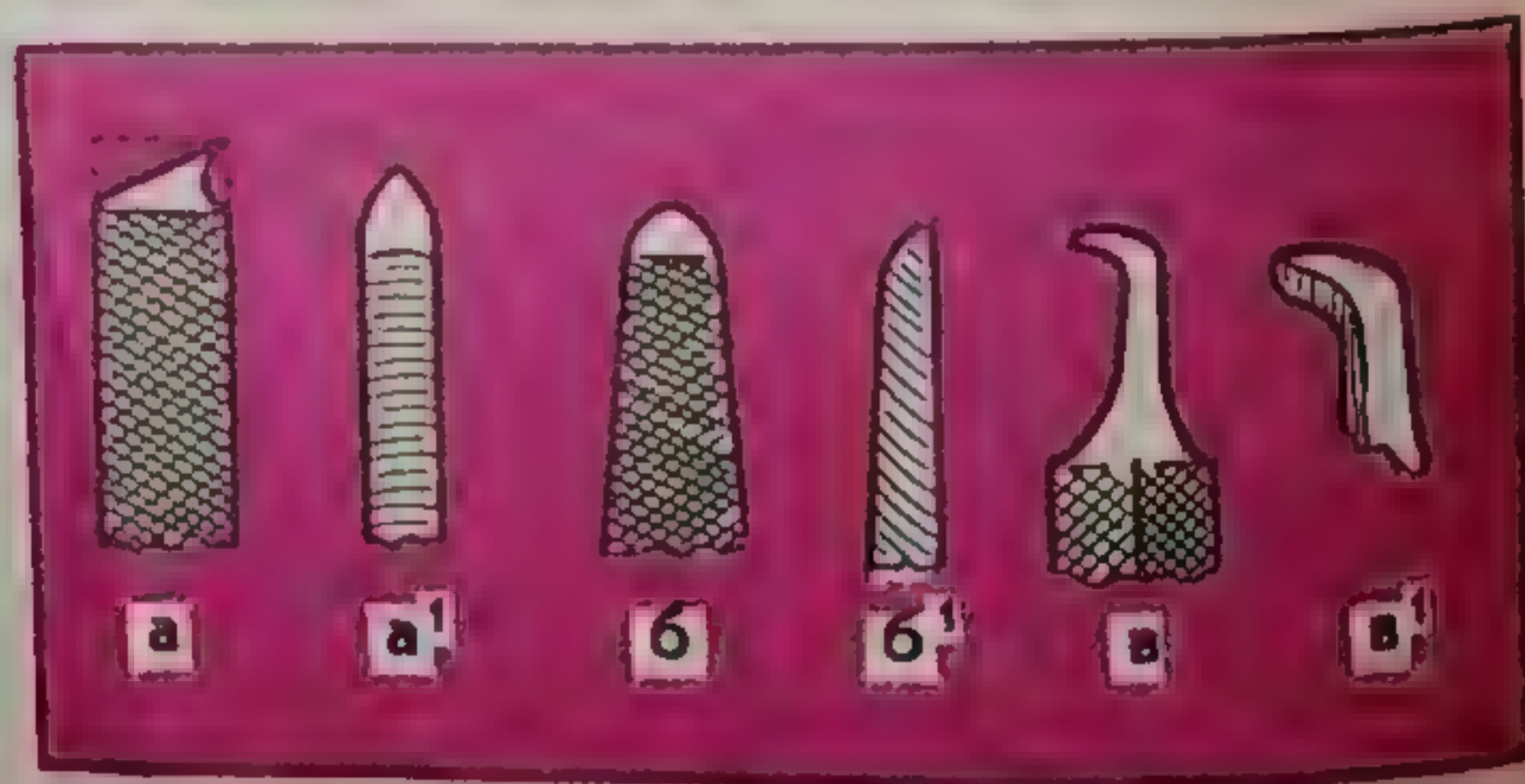
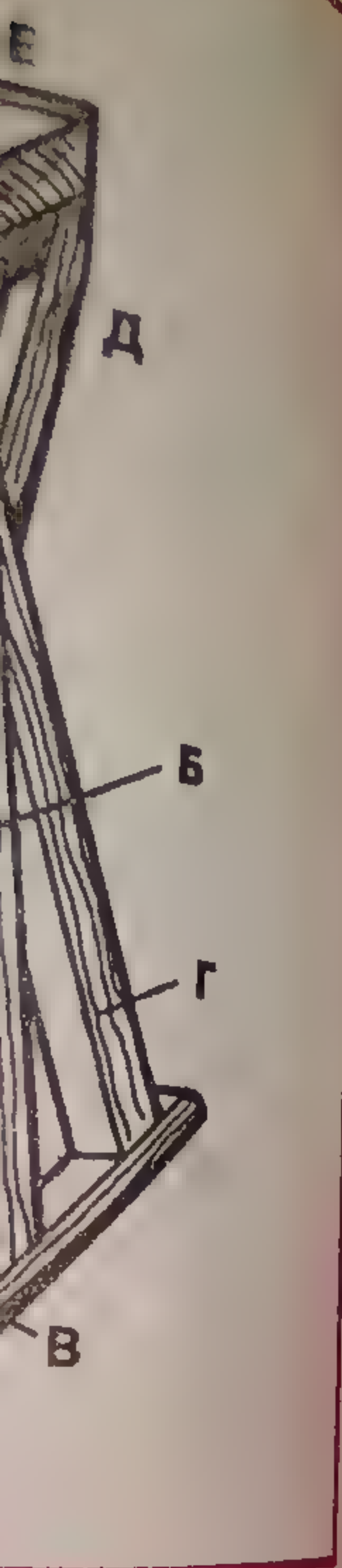


Рис. 5

При изготовлении резцов из мелких напильников последние нет нужды отпускать. Обработать мелкие напильники можно сразу на точильном камне. Ручки для резцов изготавливают из твердых пород дерева размерами довольно большими. Шпиндель. Обзаведясь двумя стамесками и хотя бы парой резцов по металлу, можно приступить к постройке токарного станка, показанного на рис. 2. И прежде всего надо заняться изготовлением шпин-



в воде). Точно при изготовлении, показанный молоток (попильник) и только шлифуют.



ов из мелких нужды отпущены. Ручки из твердых пород дерева. Стамеса из стали. Ручки из дерева.

деля. Это, пожалуй, главная деталь в токарном станке. Это то самое веретено, которое, вращаясь, приводит во вращательное движение и обтачиваемую болванку.

Нам необходим болт длиной 25 см и имеющий резьбу в диаметре 24 мм. Также нам нужны две гайки к нему. Если такой болт найти не удастся (или выточить), его можно заменить другим болтом с меньшей резьбой (м20 или м12). Но в этом случае мы сделаем шпиндель, годный лишь для маленького станка. Найдем центры нашего болта, для чего болт укладываем в углублении двух неподвижных параллельных брусков. Для поисков центров болта нам еще понадобится циркуль (рис. 6). Воткнув одну ножку циркуля в брусок, другую располагаем на торце болта. Вращая болт и нанося циркулем спираль на торце, довольно точно можно оп-

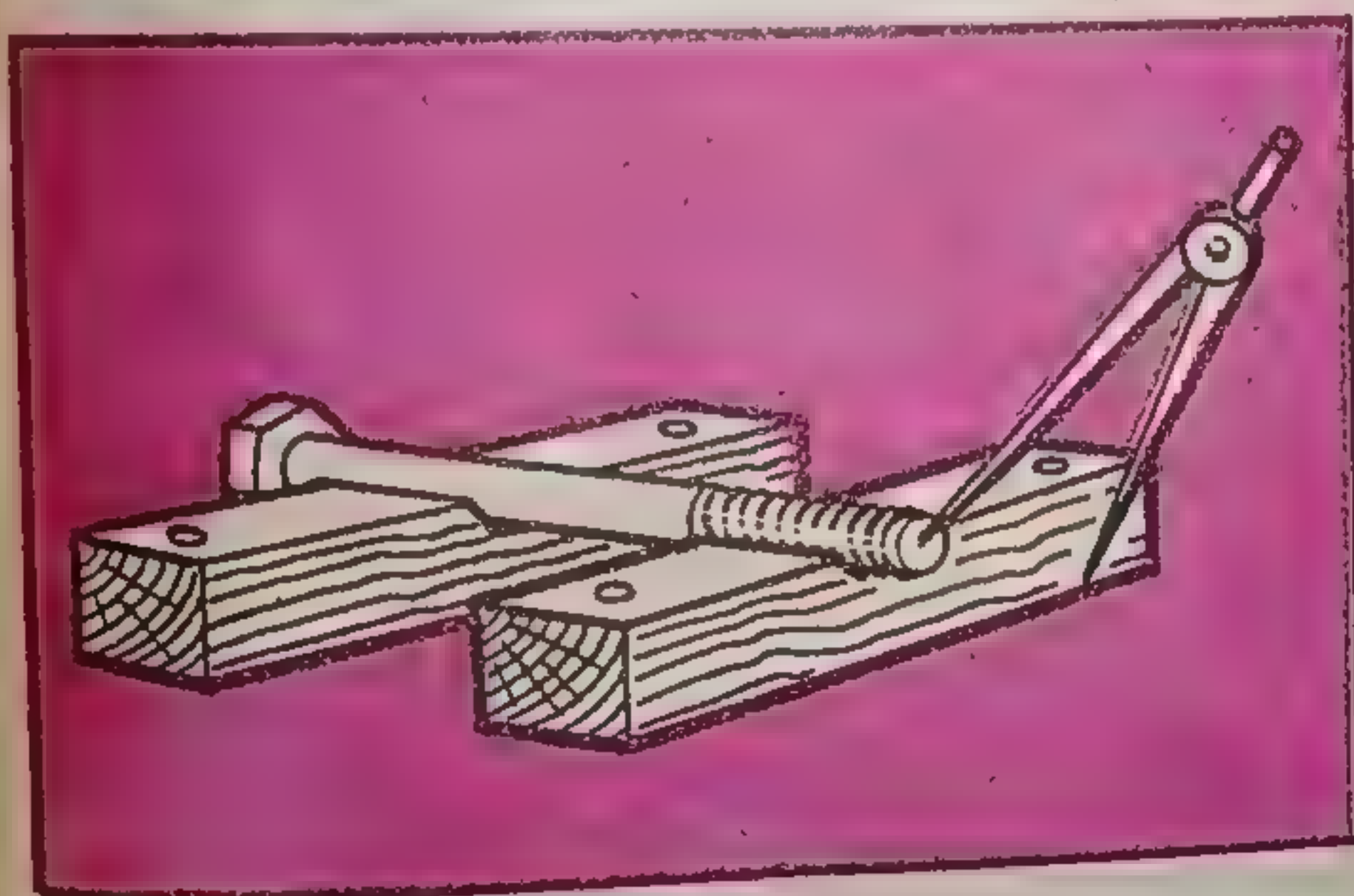
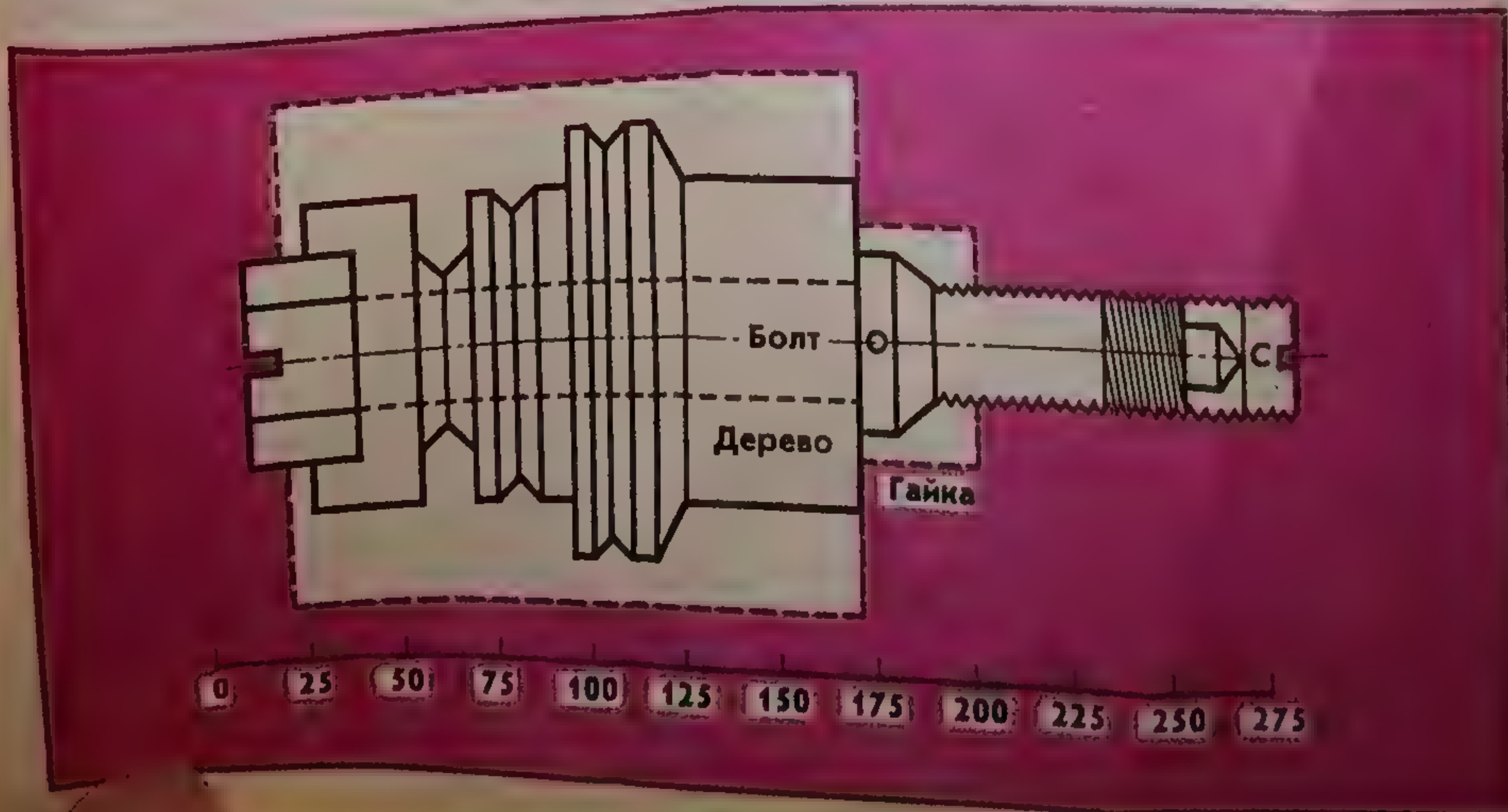


Рис. 6

Рис. 7



ределить центры на одном и другом концах болта. В этих центрах необходимо просверлить дырки глубиной 6 мм и диаметром 3 мм. Теперь возьмем кусок твердого дерева (клен, дуб, бук) размерами 150x112x112 мм. Кусок дерева должен быть без трещин и сухой. Через середину этого куска сверлим отверстие диаметром чуть меньше диаметра нашего болта. Если болт в диаметре 24 мм, то для высверливания отверстия в древесине берем перку в 20—22 мм. Просверлив отверстие, прикладываем головку болта к одной из сторон куска дерева прямо по центру отверстия. Очерчиваем головку. Стамеской выдалбливаем углубление под эту головку. Она должна войти в углубление хотя бы на половину своей высоты. Затем круглым или полукруглым напильником расширяем (одновременно расшлифовывая) отверстие, в которое потом при помощи молотка осторожно вгоняем болт так, чтобы его головка вошла в приготовленное углубление (рис. 7). Теперь продольные края деревянного куска срубаем, стремясь придать ему форму круглой болванки. На болт наглухо навинчиваем одну из гаек. С болта и с гайки придется снять довольно много металла. Удобнее предварительно эту работу сделать грубым напильником. С болта мы частично убираем резьбу, гайку спиливаем с конца. Теперь наш болт можно установить между центрами в лучковый ручной станок и приступить к обработке. Резец следует держать совершенно неподвижно строго по продольному центру обрабатываемой детали (выше центра резец не будет ре-

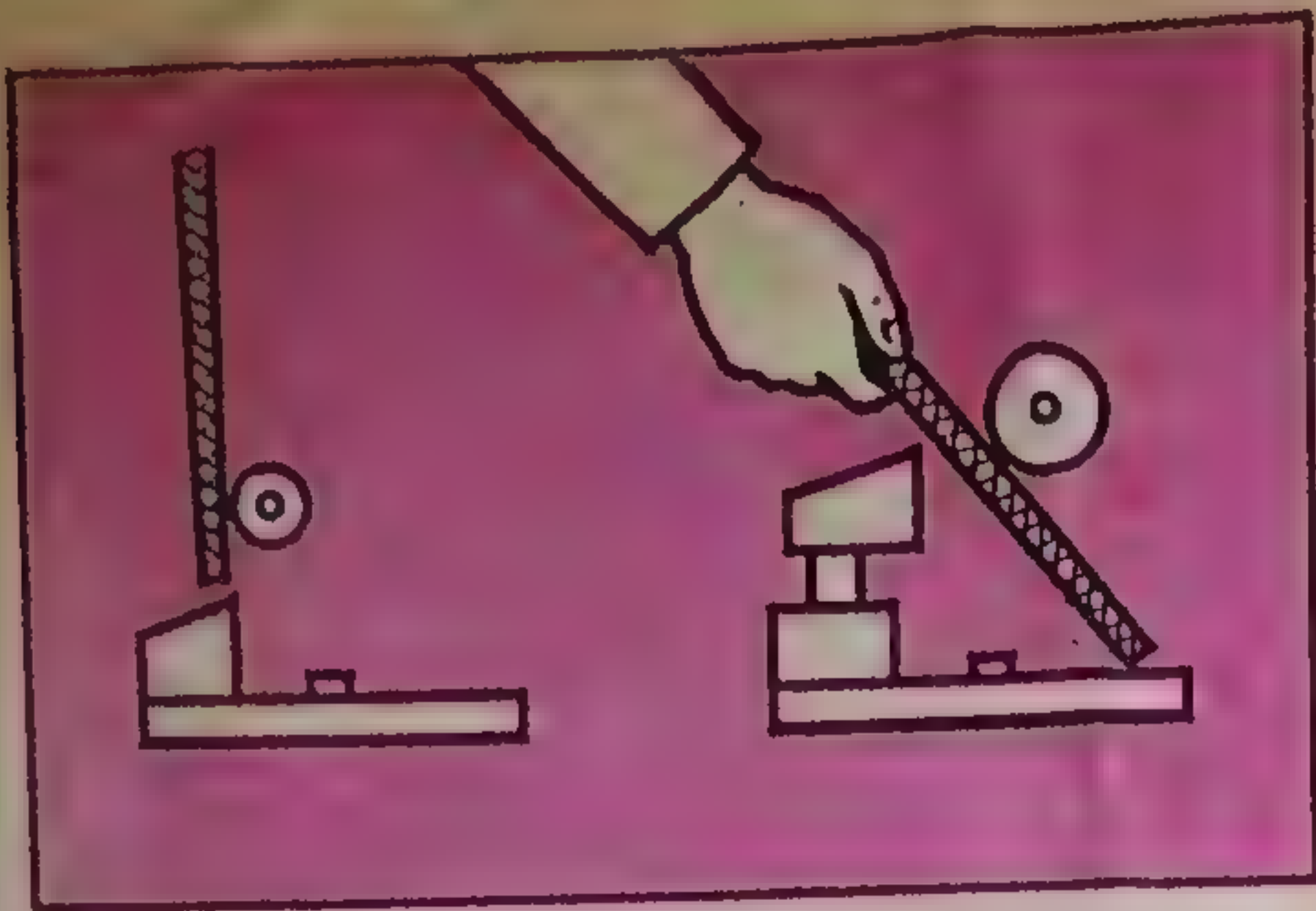


Рис. 8

зять, ниже он будет рвать металл). При работе резец нужно смачивать мыльной водой. Если резец берет плохо, можно заменить его напильником. На рис. 8 показаны способы работы напильником. Сточенные поверхности болта и гайки нужно обработать еще шкуркой. Эти части шпинделя будут вращаться в подшипнике, поэтому их поверхности нужно как следует отшлифовать.

Для обработки деревянной части шпинделя необходимо вначале взять полукруглую стамеску, которой совершаем грубую работу, придавая деревяшке приблизительно нужную форму. Затем пользуемся плоской косой стамеской. Ею же прорезаем углубления-желобки для шкивов (шкивные бороздки).

Нам необходимо сделать к нашему шпинделю подшипник. Лучше, конечно, если есть возможность приобрести готовый подшипник (и не один, а два), соответствующий по размерам нашему болту. Но если это не удастся, то подшипник можно отлить из баббита (сплав олова 6%, свинца 78%, сурьмы 16% и висмута 0,25%) или из типографского гарта (сплав свинца 50%, олова 25% и сурьмы 25%). Для отливки необходимо выточить модель той части нашего шпинделя, которая будет вращаться в подшипнике. Причем все размеры модели должны быть хотя бы на 1 мм меньше соответствующей части шпинделя. Изготавливаем форму для отливки подшипника. Она может быть деревянной. Размеры основания ящика-формы 36x36 мм. По высоте ящик равен нашей модели. Саму модель мы устанавливаем на середину дна ящика, прихватывая ее гвоздем (рис. 9). Расплавленный металл заливаем в форму, не обращая внимания, если она даже начнет дымить. Для ускорения охлаждения прикладываем осторожно к форме мокрую тряп-

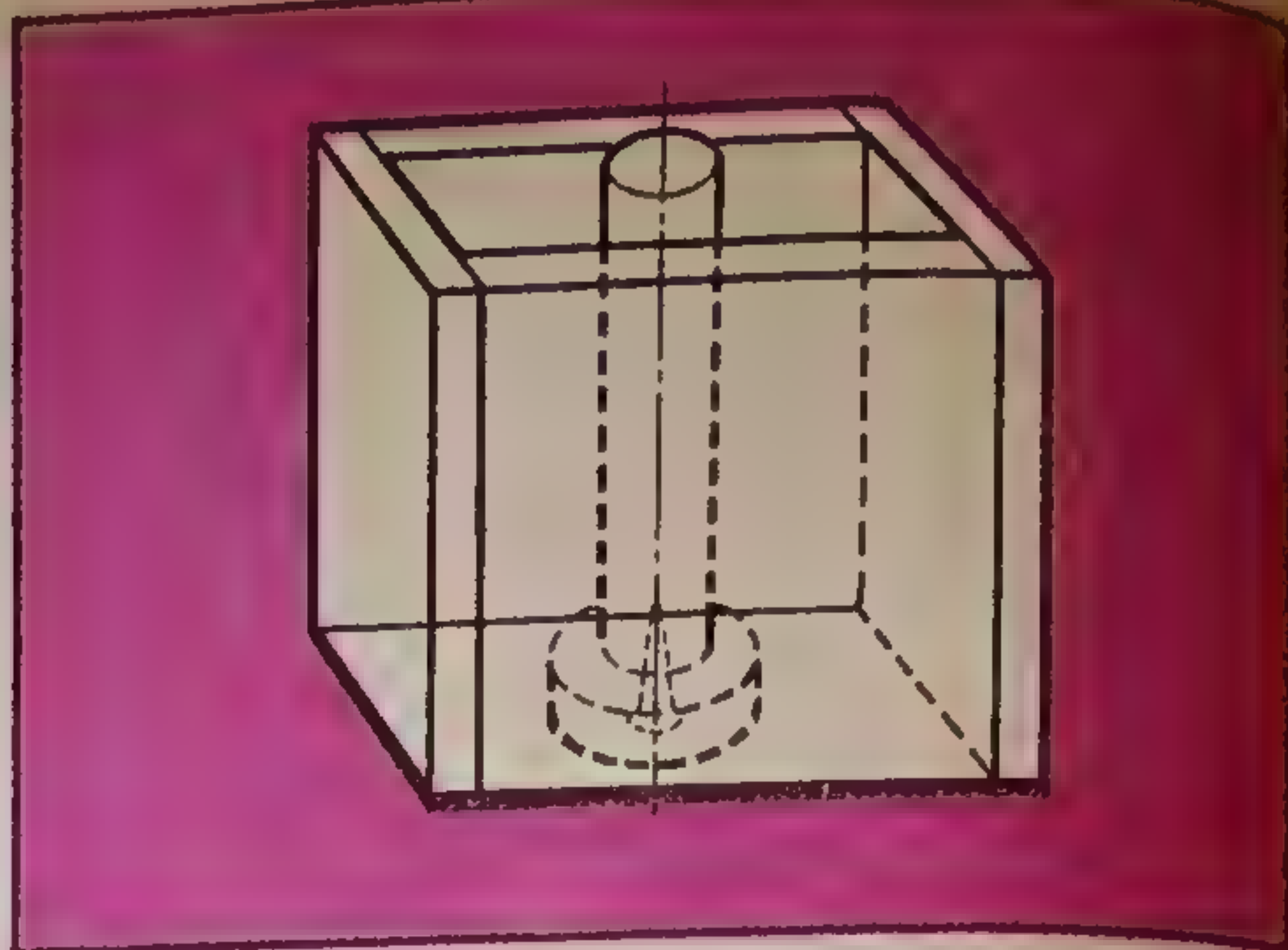


Рис. 9

ку. Вынув из формы отливку, опиливает ее со всех сторон напильником. Затем со всех четырех сторон обычной пилой или ножовкой снимаем слой металла 0,5 см толщиной, но не до конца, а так, чтобы внизу осталась кромка, то есть получилась фигура, изображенная на рис. 10. Затем отливку распиливаем вдоль пополам и при помощи напильника и стамески подгоняем ее к шпинделю.

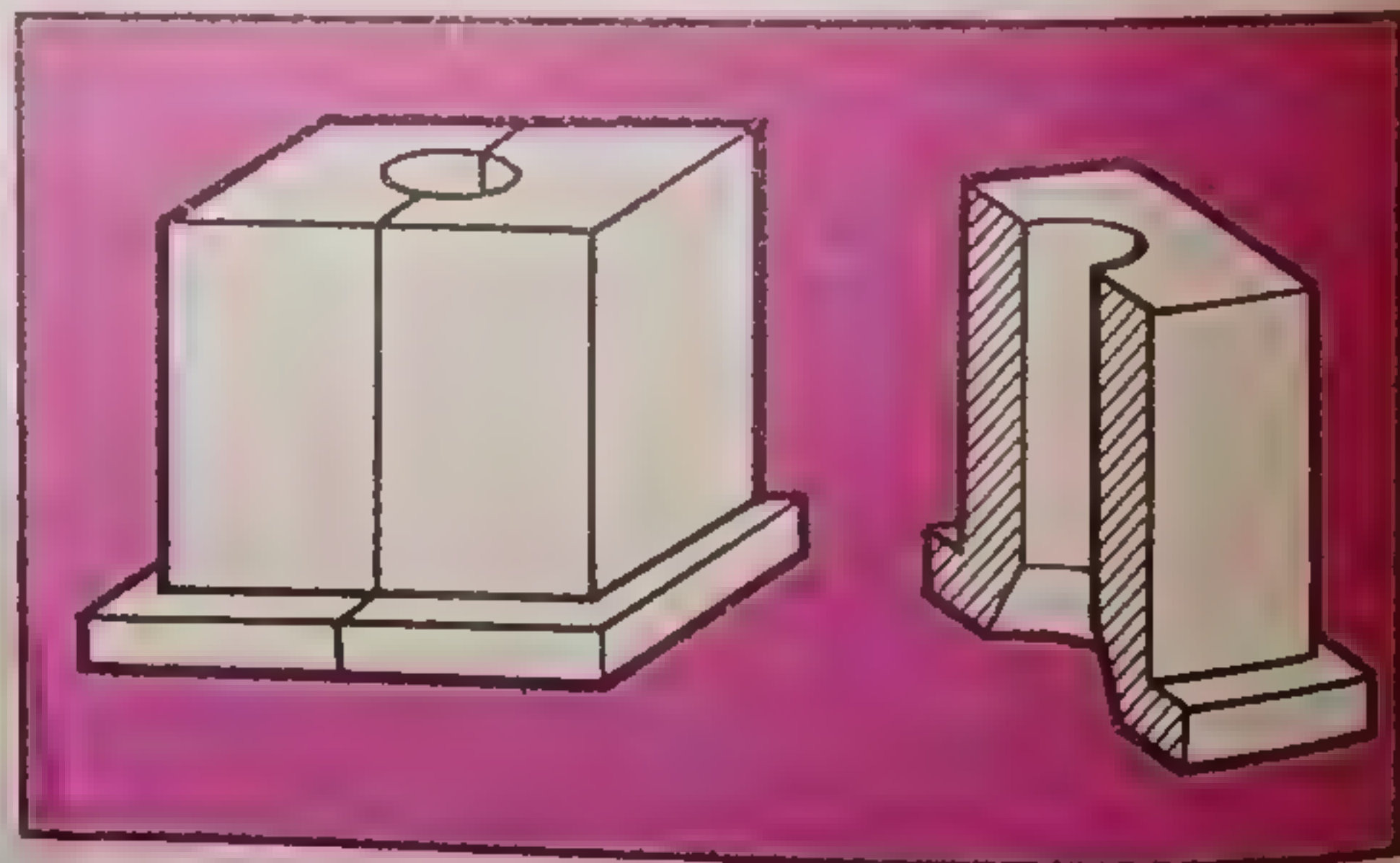


Рис. 10

Бабки. Теперь можно приступить к изготовлению бабки, изображенной на рис. 11 и 12. В бруске длиной 27 см, имеющем в сечении квадрат со стороной 5 см, продольно делаем отверстие под наш подшипник. Середина этого отверстия должна проходить на расстоянии 4—5 см от верхнего конца бруска. Отверстие продольно делаем так, чтобы подшипник сел плотно и туго. Сверху в бруске сверлим отверстие 3—4 мм в диаметре насквозь через дерево и верхнюю половину подшипника. Это отверстие предназначено для смазки подшипника машинным маслом. В другом точно таком же бруске просверливаем отверстие под болт M12 (рис.

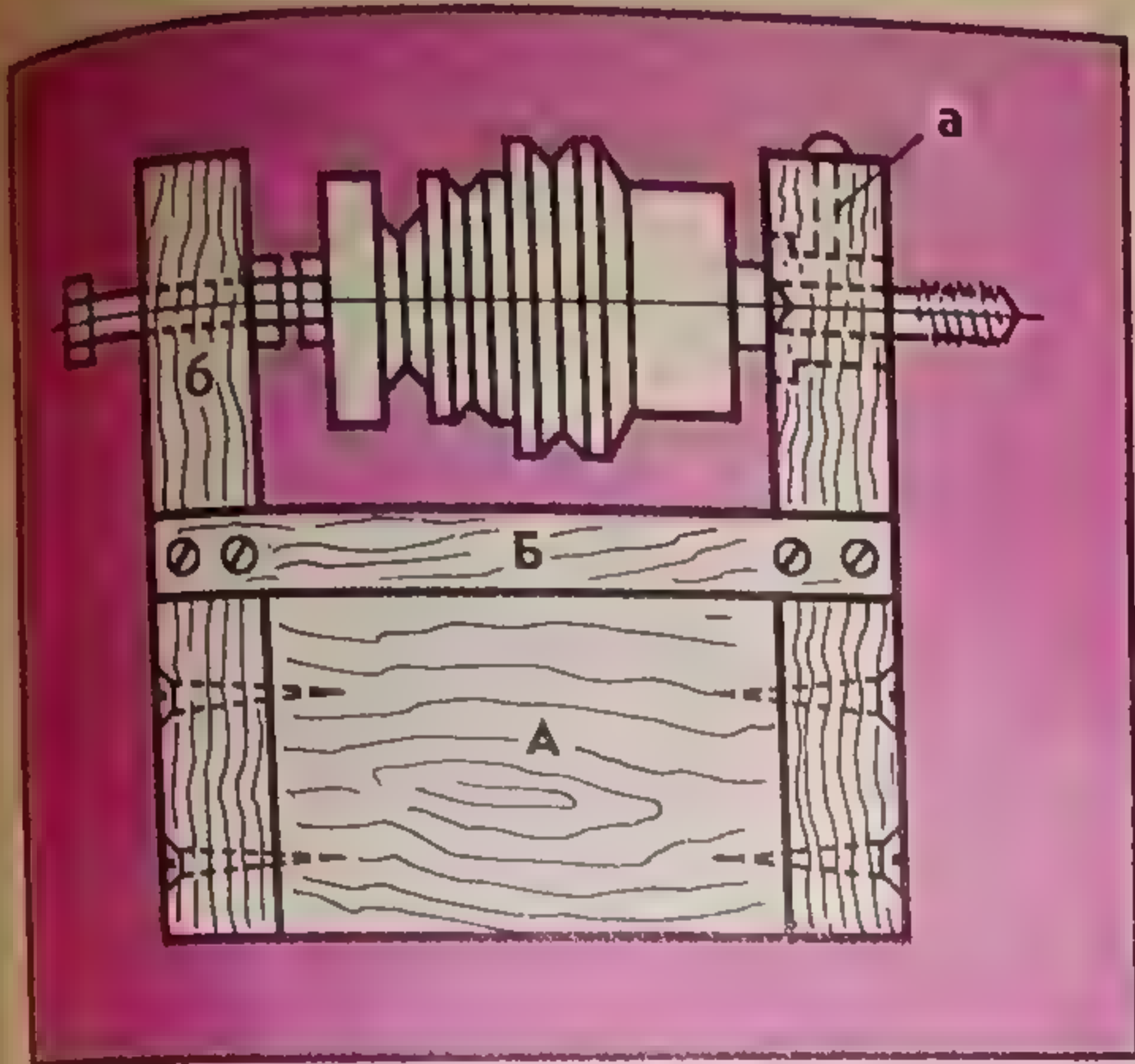


Рис. 11. Бабка

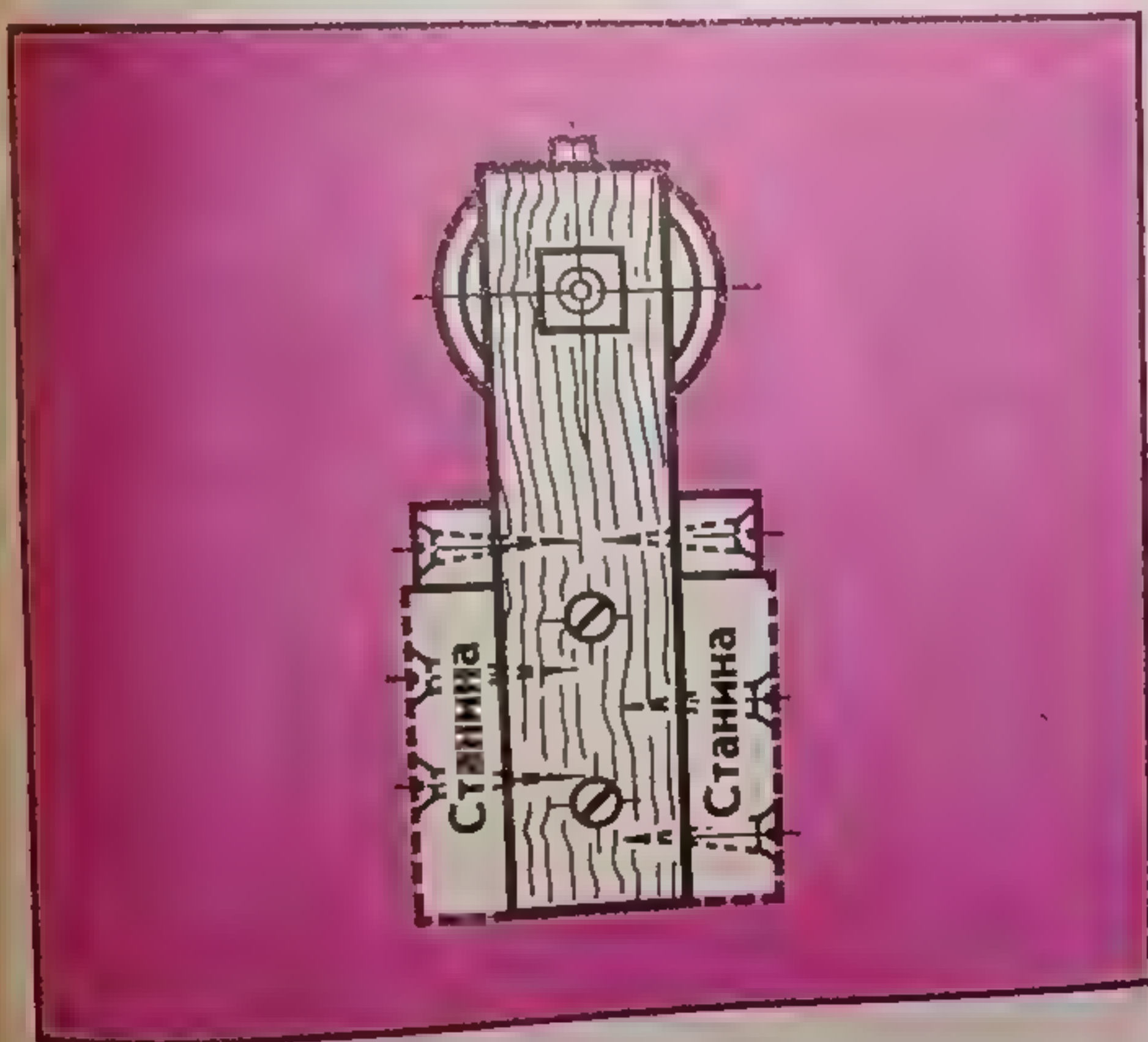


Рис. 12. Бабка сбоку

11,б). Центральная ось этого отверстия должна совпадать с центральной осью выдолбленного отверстия в первом бруске. Конiec болта б должен быть заточен. Он будет служить упорным центром для шпинделя. Оба наших бруска привинчиваем к доске А (рис. 11), которая по толщине равна толщине брусков, то есть 5 см. Длина этой доски немного больше длины деревянной части шпинделя. А ширина ее чуть меньше половины длины наших брусков. Поверх брусков и доски привинчиваем с обеих сторон по гладкому брусочку Б, имеющему в сечении квадрат со стороной 25 мм. Гладкие брусочки будут служить опорой бабки на станину. Вставляем шпиндель с подшипником в углубление в переднем бруске. На задний болт б навинчиваем гайку, сжимая нашим

упорным центром центр шпинделя настолько, чтобы сам шпиндель мог вращаться свободно, но без качаний. Добившись такого положения шпинделя, гайку затягиваем. На рис. 12 наша неподвижная бабка показана сбоку так, как она выглядела бы, если смотреть на нее со стороны подвижной бабки.

Подвижную бабку делаем из доски такой же толщины, что и бруски неподвижной бабки — 5 см. На рис. 13 подвижная бабка показана сбоку (II) и со стороны неподвижной бабки (I). Длина доски, из которой делаем заднюю бабку, должна быть на 12 см больше, чем длина брусков передней бабки. Ширина доски 12,5 см. Вверху на расстоянии 9 см от края доска по ширине должна быть срезана до размера 7,5 см. К задней бабке привинчиваем два

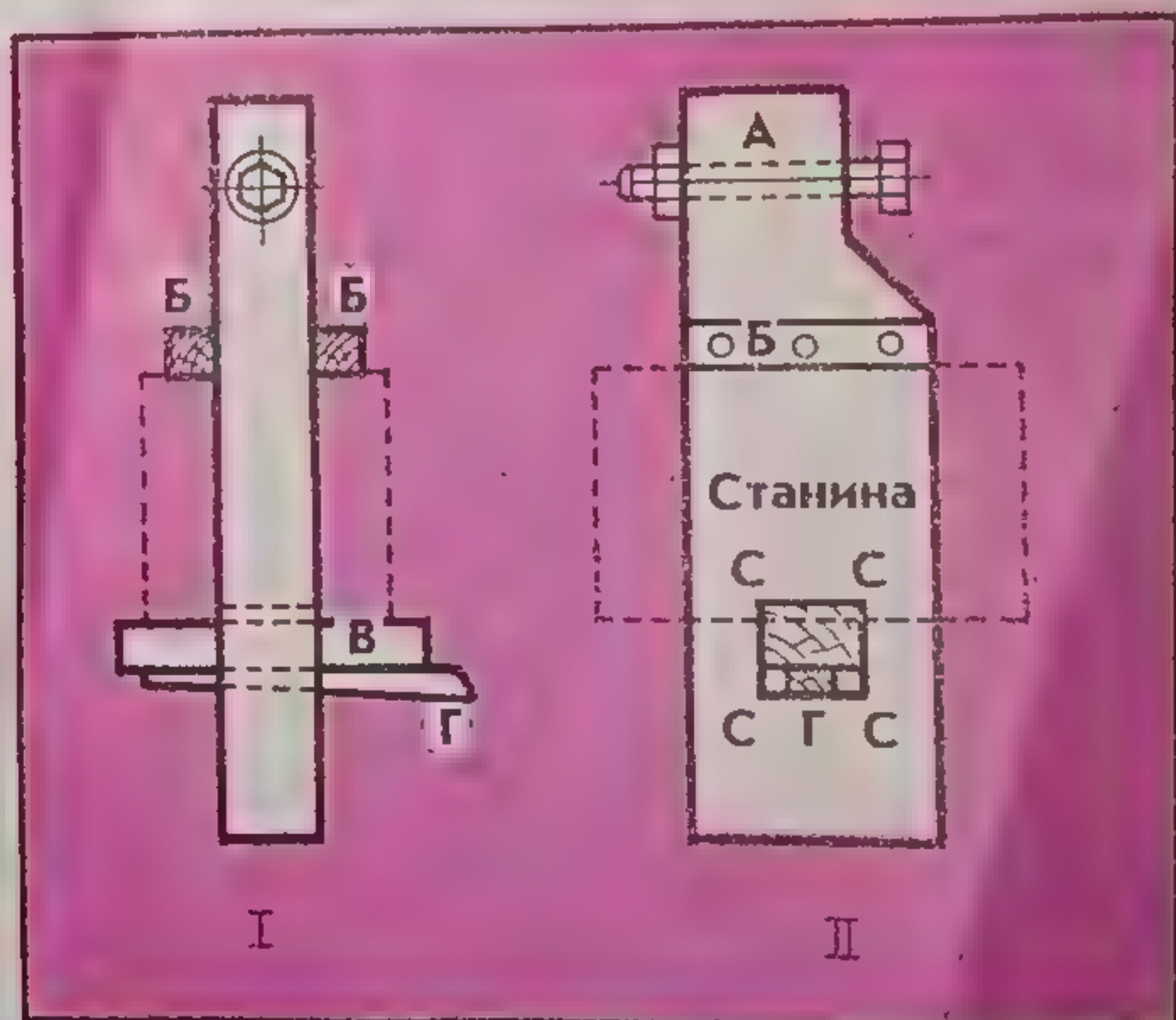


Рис. 13. Подвижная бабка и станина

таких же бруска Б точно на таком же расстоянии от верха, как у неподвижной передней бабки. В нижней части доски выдалбливают квадратное отверстие сссс со стороной 5 см. Это отверстие выдалбливают, отступя от гладкого брусочка Б расстояние, равное ширине доски станины, — 12 см. Отверстие для центра А лучше просверлить тогда, когда сделаем станину станка. Тогда, установив неподвижную переднюю бабку и обточив ее центр, мы придем к ней подвижную заднюю бабку и получим точную отметку для отверстия центра А. Через выдолбленное отверстие сссс проходит брусок В и клин Г. С помощью клина мы можем подвижную бабку твердо устанавливать в нужном месте станины.

Подручник. Для подручника необхо-

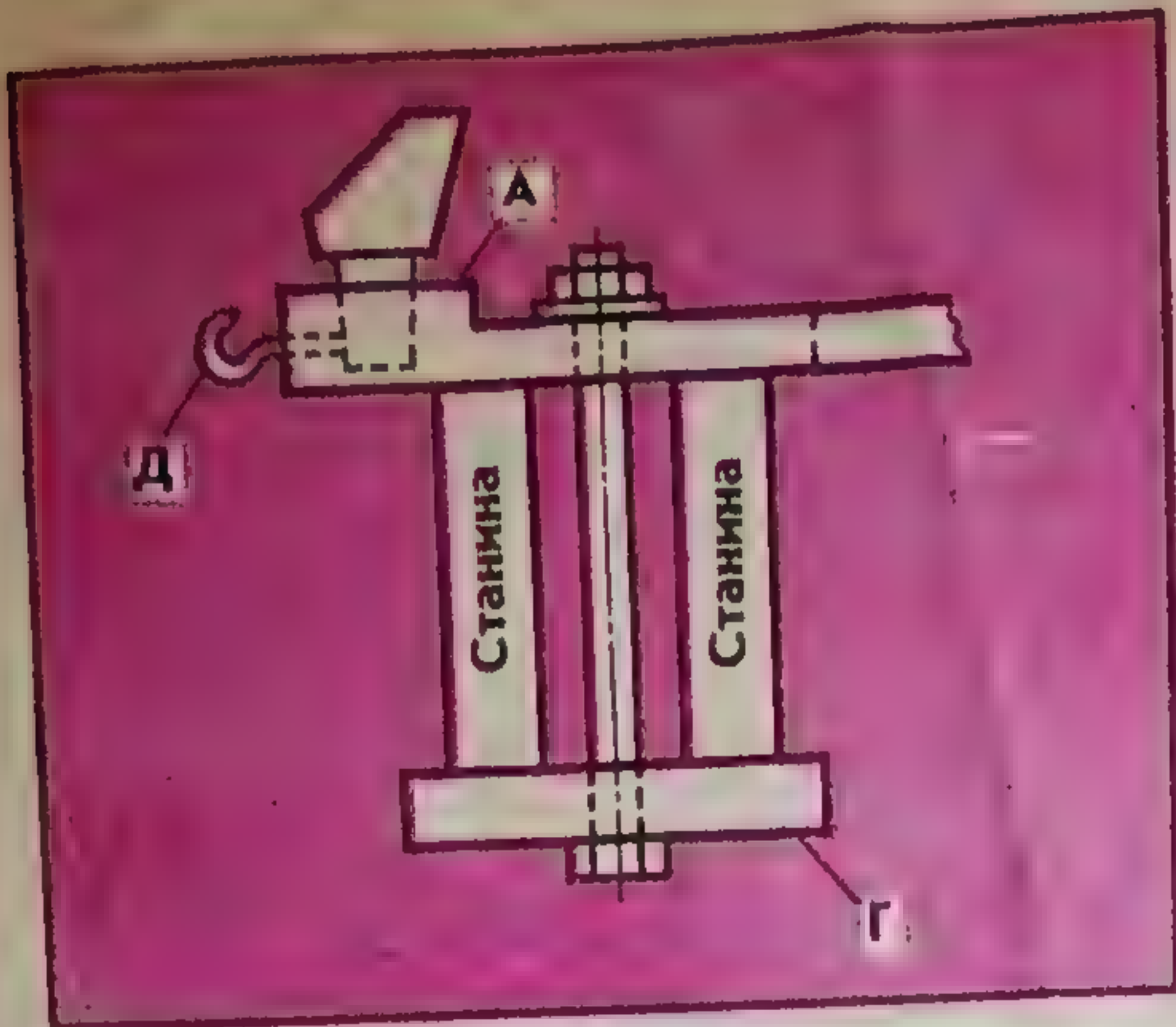


Рис. 14. Собранный подручник сбоку

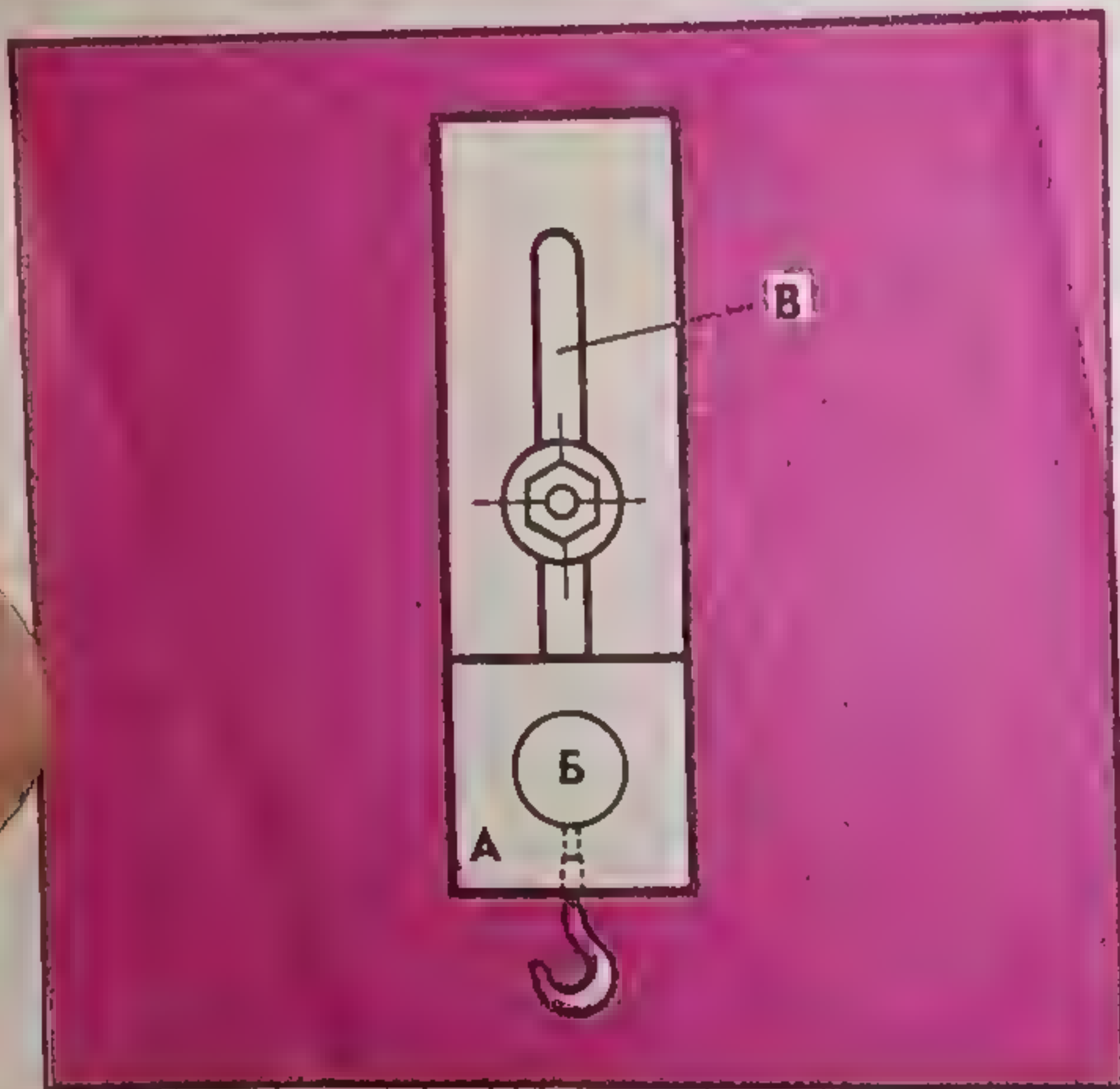


Рис. 15. Подручник сверху

дима доска толщиной 5 см, шириною 7,5 см, длиною 25 см. Сверху доску мы сужаем по толщине, то есть спиливаем, но не доходя до конца 7,5 см. Таким образом получаем квадратный выступ А (рис. 14 и 15). В центре этого выступа сверлим отверстие Б диаметром 32—36 мм. В части доски, оставшейся после спиливания, делаем прорез В шириною 12,5 мм и длиною 100 мм. Через эту прорезь пройдет болт длиною 200 мм, прижимающий брусок Г к нижней стороне станины. Зажимая болт гайкой с шайбой, мы имеем возможность плотно установить держалку подручника в любом месте станины. В отверстие Б вставляют сам подручник, который делают из твердого дерева (рис. 16). Сверху на подручник привинчивают полоску железа толщиной 1,5—2 мм. Ци-

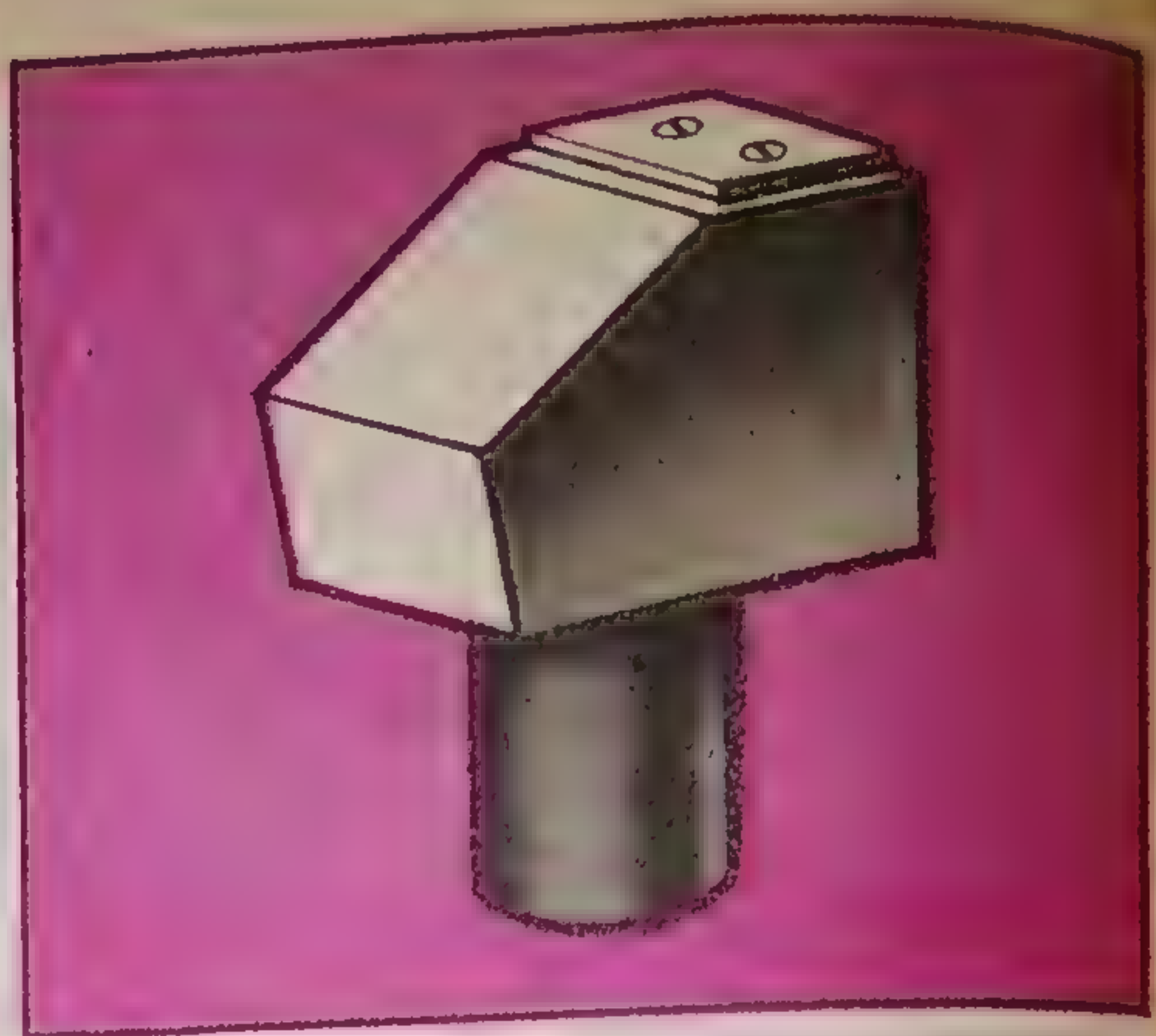


Рис. 16

линдрическая часть подручника, вставленная в отверстие Б, снизу не должна выступать. Для фиксации подручника на нужной высоте и в нужном повороте служит пробойчик или винт Д.

Станина. Для постройки станины А (рис. 2) нам понадобятся две доски, совершенно ровно оструганные, особенно по бокам. Толщина досок 35 мм, ширина 120 мм, длина не менее 1000 мм. Для стоек Б (рис. 17) нам также нужны две доски толщиной 5 см, шириною 12 см и длиною 90 см. Как видно из рисунка 17, эти две до-

Рис. 17

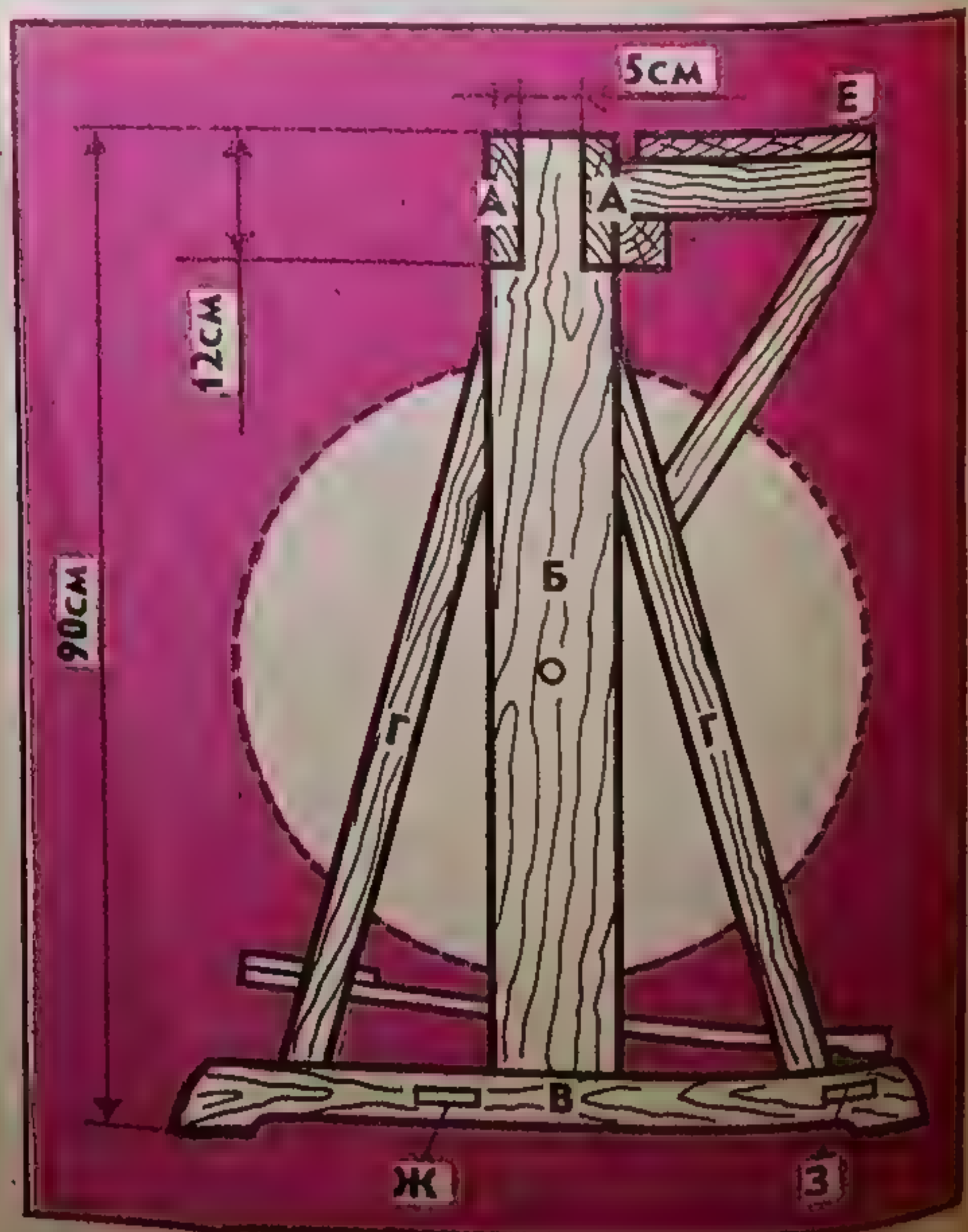


Рис. 18

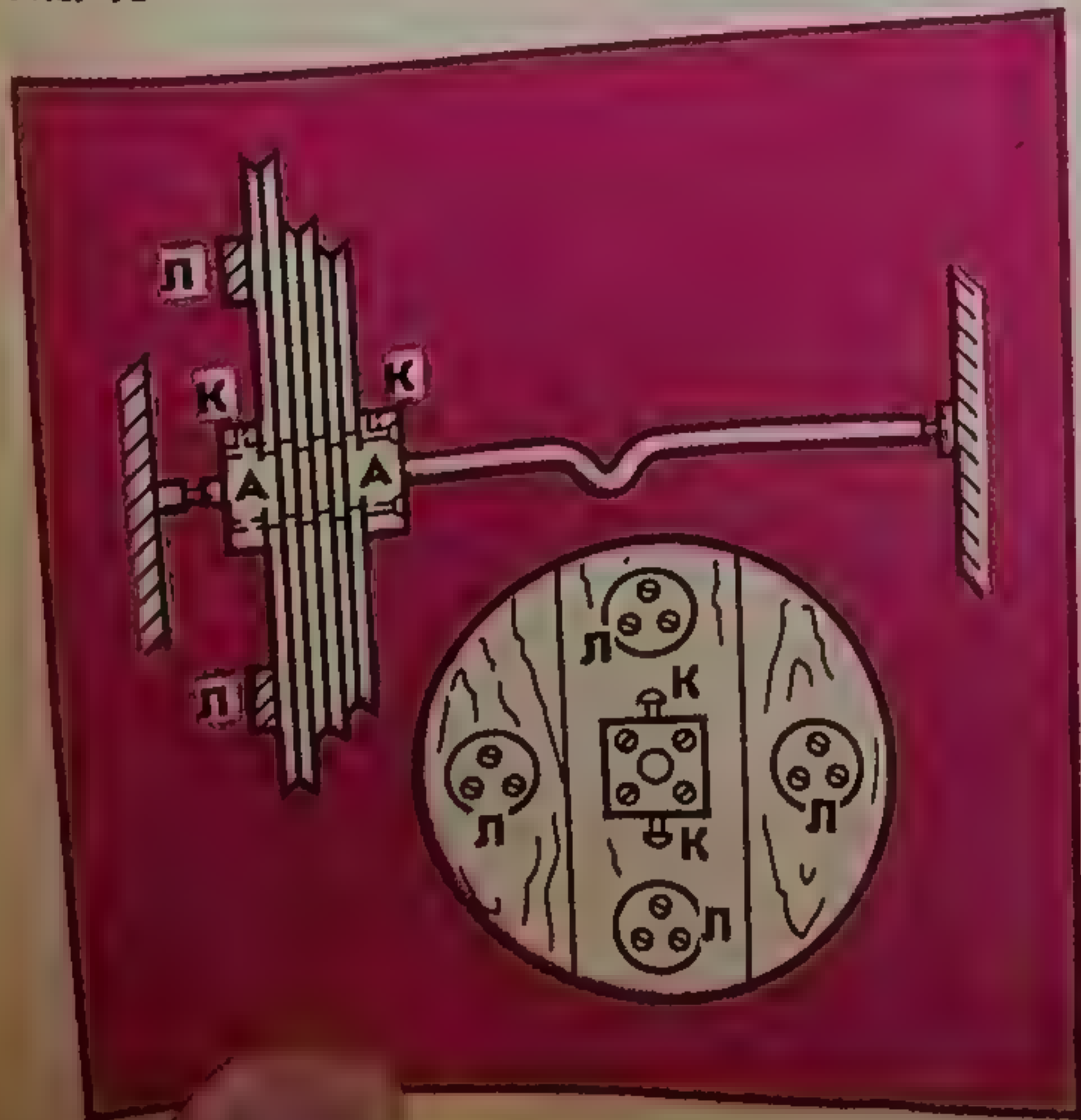
ски сверху срезают по длине 12 см на глубину 35 мм, так что сверху ширина наших стоек становится равной 5 см. Этот размер следует соблюсти особенно тщательно, так как от него зависит работа бабок. Теперь из брусков, имеющих в сечении квадрат со стороной 7,5 см, делаем перекладины В (рис. 17) длиной 70 см. Из квадратных брусков со стороной 5 см делаем связки Г и кронштейны Д для столика. Понятно, что доски АА должны быть очень прочно привинчены к стойкам Б. Перекладины В внизу соединены между собой брусками Ж и З (рис. 2 и 17).

Маховик. Для маховика берем доски толщиной 20 мм. Наибольший диаметр маховика 55 см. Поэтому нам для его изготовления понадобятся три доски длиной 56—60 см и шириной 20 см. Следующий диаметр поменьше — 45 см (требуются три доски длиной 46—48 см и шириной 15 см). Последний диаметр равен 40 см (требуются две доски длиной 41—42 см и шириной не менее 20 см).

Сложив плотно три доски, находим центр, вбиваем в него гвоздик, при помощи веревочки и карандаша очерчиваем наш наибольший диаметр. Затем аккуратно опиливается получившаяся окружность. Также делаем и 2-ю и 3-ю окружности маховика. На большой круг накладываем концентрически средний круг так, чтобы доски среднего круга легли поперек досок большого. Далее кладем и третий круг досками наискось по отноше-

нию к доскам нижнего круга: Сколачиваем их гвоздями. Теперь сверлим в центре маховика сквозное отверстие. Привинчиваем против этого отверстия брусок А (рис. 18) из твердого дерева (размеры 10x10x35 мм). Сверлим центральное отверстие и в бруске. Затем аналогичный брусок А привинчиваем с другой стороны маховика и также просверливаем его через отверстие первого бруска и маховика. Ось для маховика лучше сделать, конечно, из железного прута (например, арматурного), квадратного или круглого в сечении, толщина которого равна 20—24 мм. Согнуть ось надлежащим образом можно при нагреве при помощи кузнечной наковальни и молота. Отверстие в центре маховика, естественно, делают сообразно толщине нашей оси. Винты КК накрепко соединяют ось с маховиком. Для того чтобы наш маховик обладал большей силой инерции вращения, по окружности можно привинтить несколько отлитых из свинца грузов ЛЛЛЛ. Эти свинцовые грузы удобно отливать в пустых жестяных банках из-под обувного крема. Из-за выступа на оси маховик будет стремиться занять положение, изображенное на рис. 18. Чтобы уравновесить этот выступ, один из свинцовых грузов (а именно тот, который находится напротив выступа) делают несколько тяжелее других. В концах оси просверливают дырочки-центры (3—4 мм в диаметре), в которые входят конусы болтов, расположенных в стойках станка. Желобки в маховике можно выточить тогда, когда сам маховик будет вставлен в станок и будет приделана педаль. Ось также можно сделать и из дерева. Для этого нам понадобятся квадратные бруски со стороной в сечении 5 см. Эти бруски, как показано на рис. 19, соединены третьим бруском с промежутком в 4—5 см. Соединяющий брусок (рис. 19, II) в середине обтачивают цилиндром. Он имеет небольшой желобок. По последнему будет скользить проволоочный крючок, прикрепленный к педали. При постройке оси из деревянного бруска дыру в маховике делают квадратной. Теперь бруски А (рис. 18) делать нет необходимости. Один винт а (рис. 19) накрепко прикрепит маховик к деревянной оси. Педаль (рис. 20) можно сделать из 20-миллиметровых досок шириной в 6 см. Перекладину А желательно сделать из дощечки потолще — 35 мм. Заднюю часть педали при помощи петель привинчивают к перекладине З (рис. 17). К перекладине А (рис. 20) привинчивают прочный пробойчик либо

Рис. 18



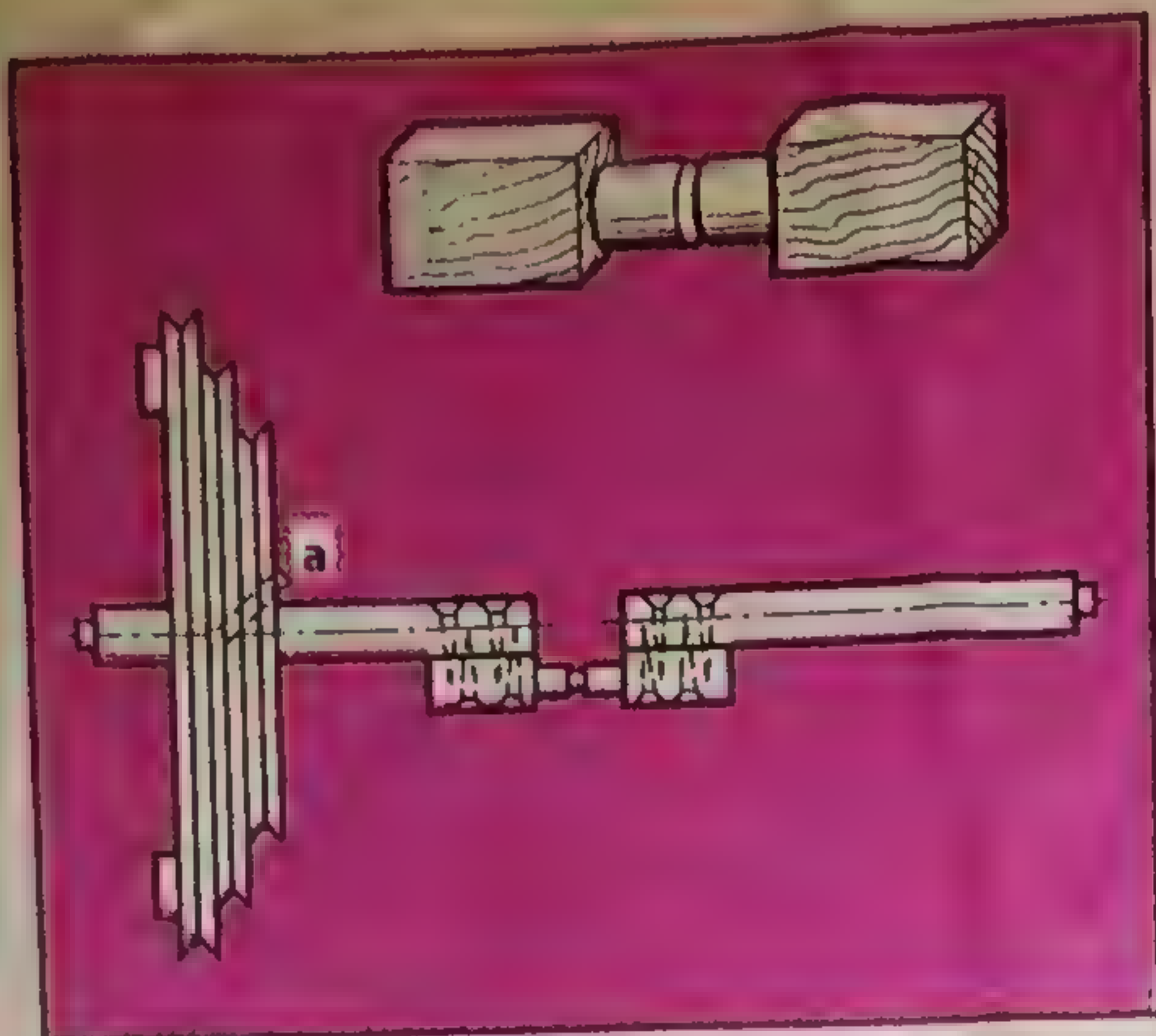


Рис. 19

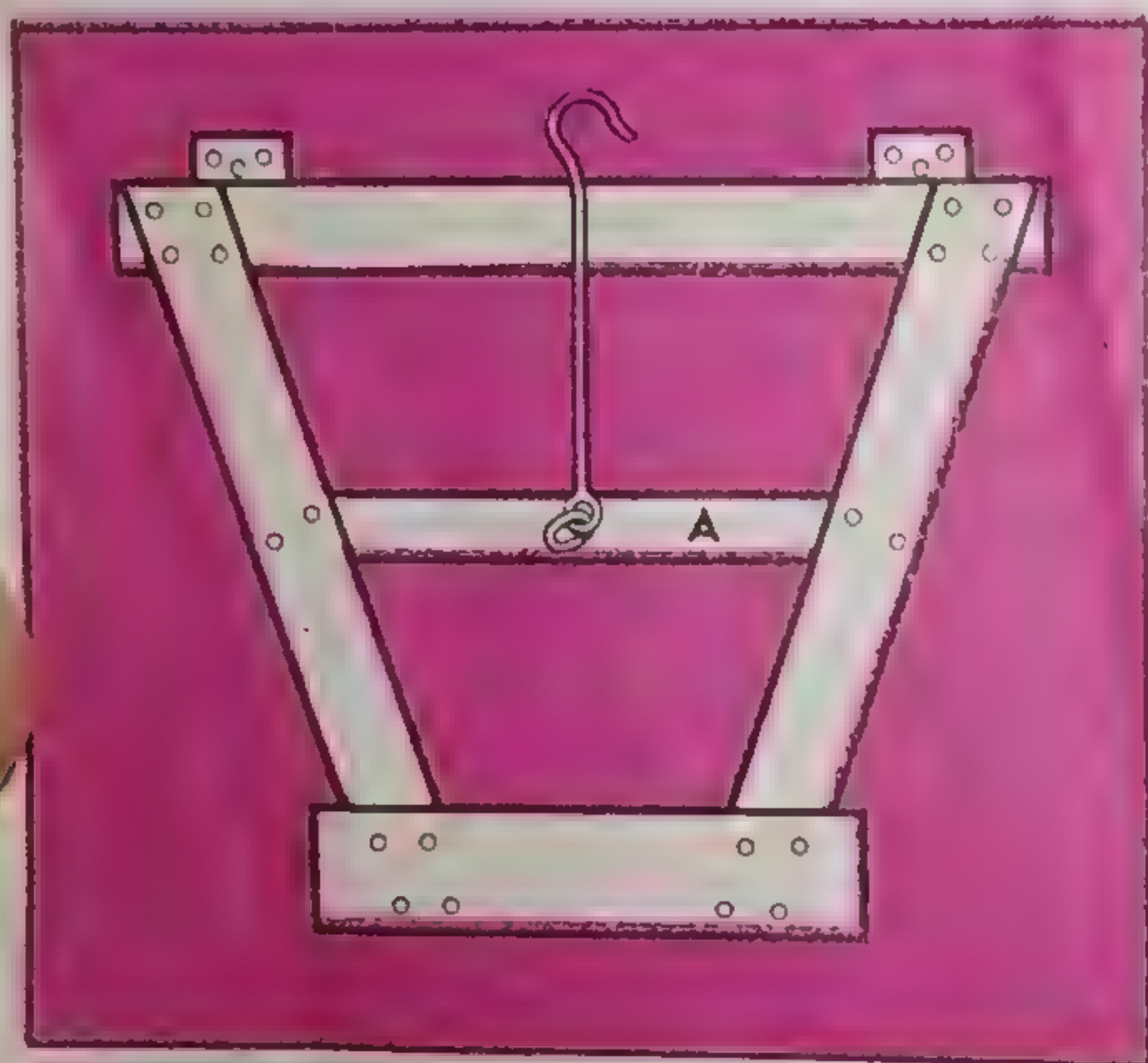


Рис. 20

кольцо, к которому присоединен крючок, согнутый из 6-миллиметровой стальной проволоки. Этот крючок согнутым концом надевают на кривошип маховика (рис. 2).

Ремень. Для передачи вращения с маховика на шкив шпинделя лучше употребить ремень, сделанный из сыромятной кожи. Обычно берут таких два ремня, скручивая между собой и соединяя при помощи проволочных скобок (рис. 21, I). В качестве передаточного ремня может послужить и прочная веревка. Концы веревки перед соединением проволочной скобкой (рис. 21, II) следует оплести суровой ниткой.

Центр и поводок. Собрав станок, можно приступить к обточке центра неподвижной бабки. Лучше сделать центр



Рис. 21

вставной. Для этого в центре неподвижной бабки высверливают отверстие глубиной на 5 см и в диаметре 12 мм. В это отверстие вставляют выточенный конусообразно центр (рис. 22). Во вставном центре имеется сквозное отверстие *а* для того, чтобы при необходимости с помощью гвоздя или проволоки, пропущенных через него, центр можно было бы вытащить из шпинделя. Но для того чтобы мы смогли работать на нашем станке, необходимо еще сделать поводковый патрон (рис. 23 и 24). Он представляет собой ровный гладкий диск, изготовленный из твердого дерева диаметром 90 мм, толщиной, равной длине резьбы шпинделя (это при сплошном центре шпинделя) или несколько толще этой резьбы (при съемном центре). В центре поводка просверлено отверстие *а* (рис. 23 и 24), в которое свободно проходит полностью центр шпинделя. С одной стороны в диск плотно врезана шестигранная гайка *б* (та вторая гайка, которая нам была нужна вместе с болтом для шпинделя). Поверх этой гайки врезают

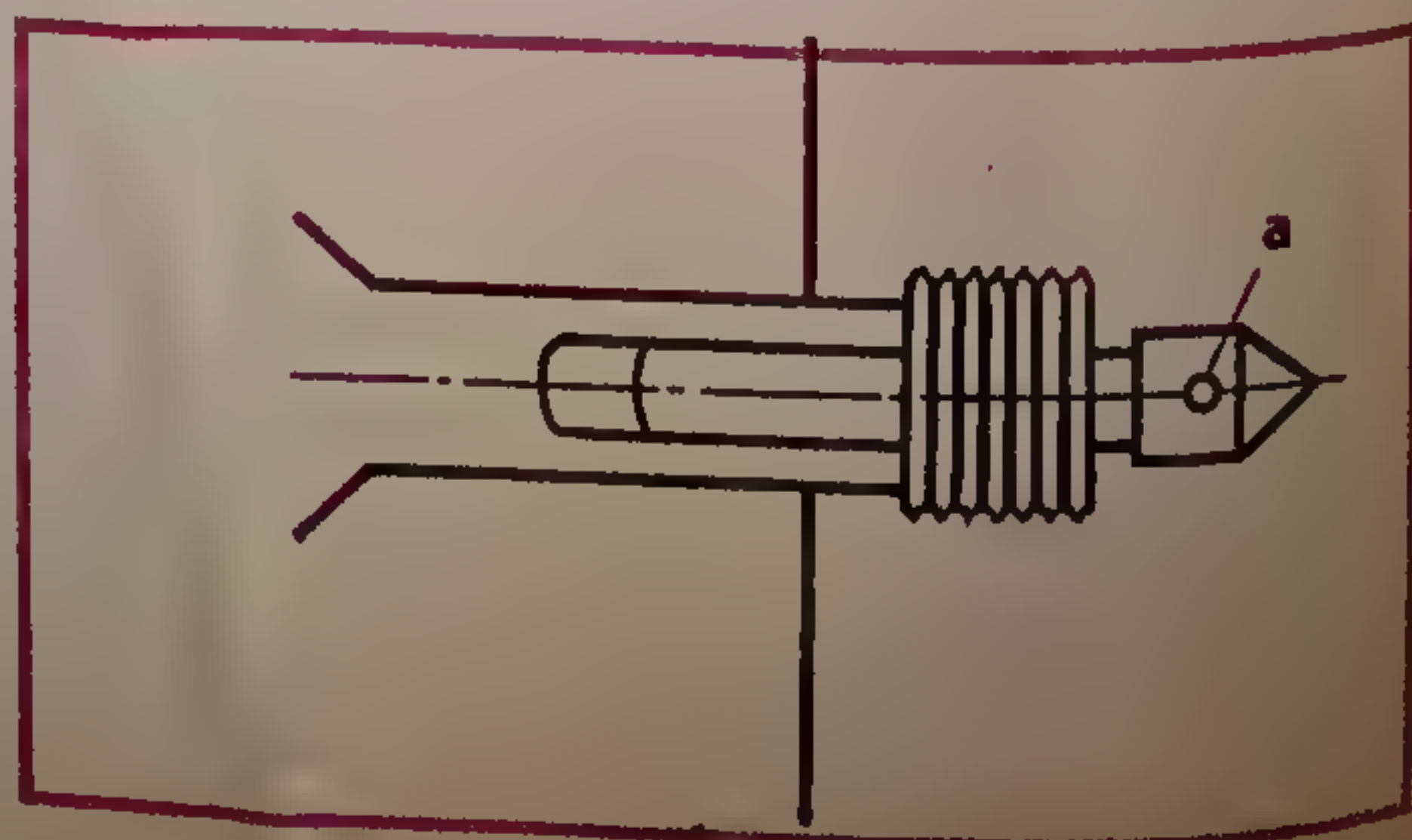


Рис. 22

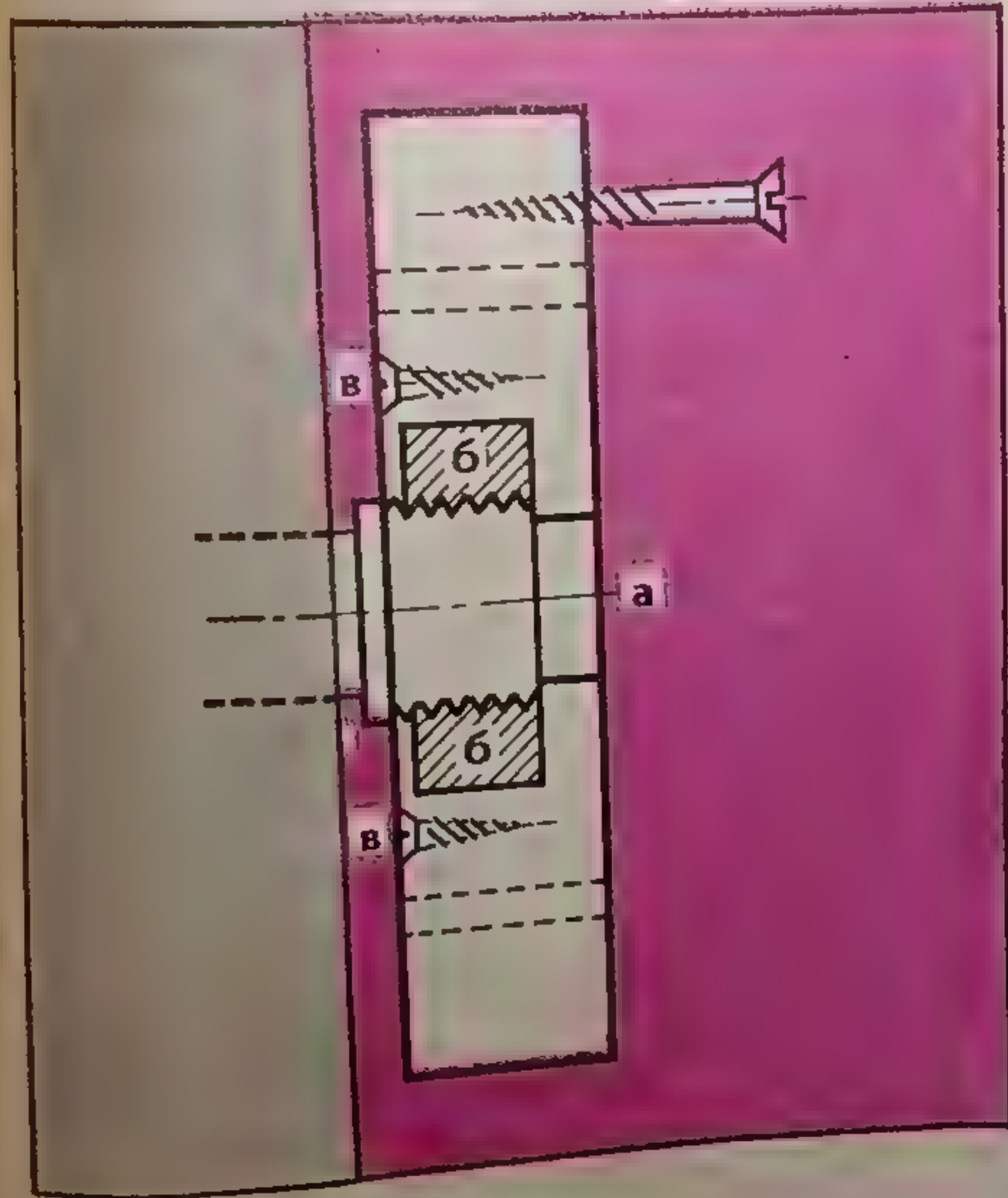
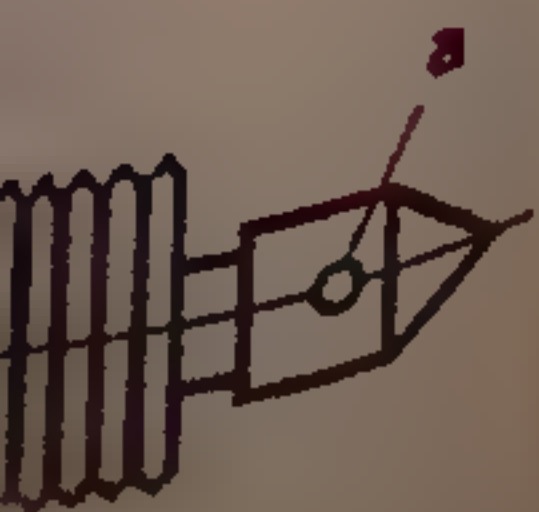


Рис. 24

Рис. 24

четырёхугольную пластинку из железа, цинка или меди *зззз*, привинченную четырьмя винтами. Обтачивают патрон на круг и на плоскость после того, как сделана гайка и он навинчен на шпиндель. Чтобы патрон не навинчивался на резьбе шпинделя дальше чем следует, в конце резьбы высверлена дырочка, в которую вколочен кусочек проволоки С (рис. 7). Отступая на 1 см от края патрона, в него ввинчивают обычный шуруп. Он-то и будет служить поводком. Перед обработкой

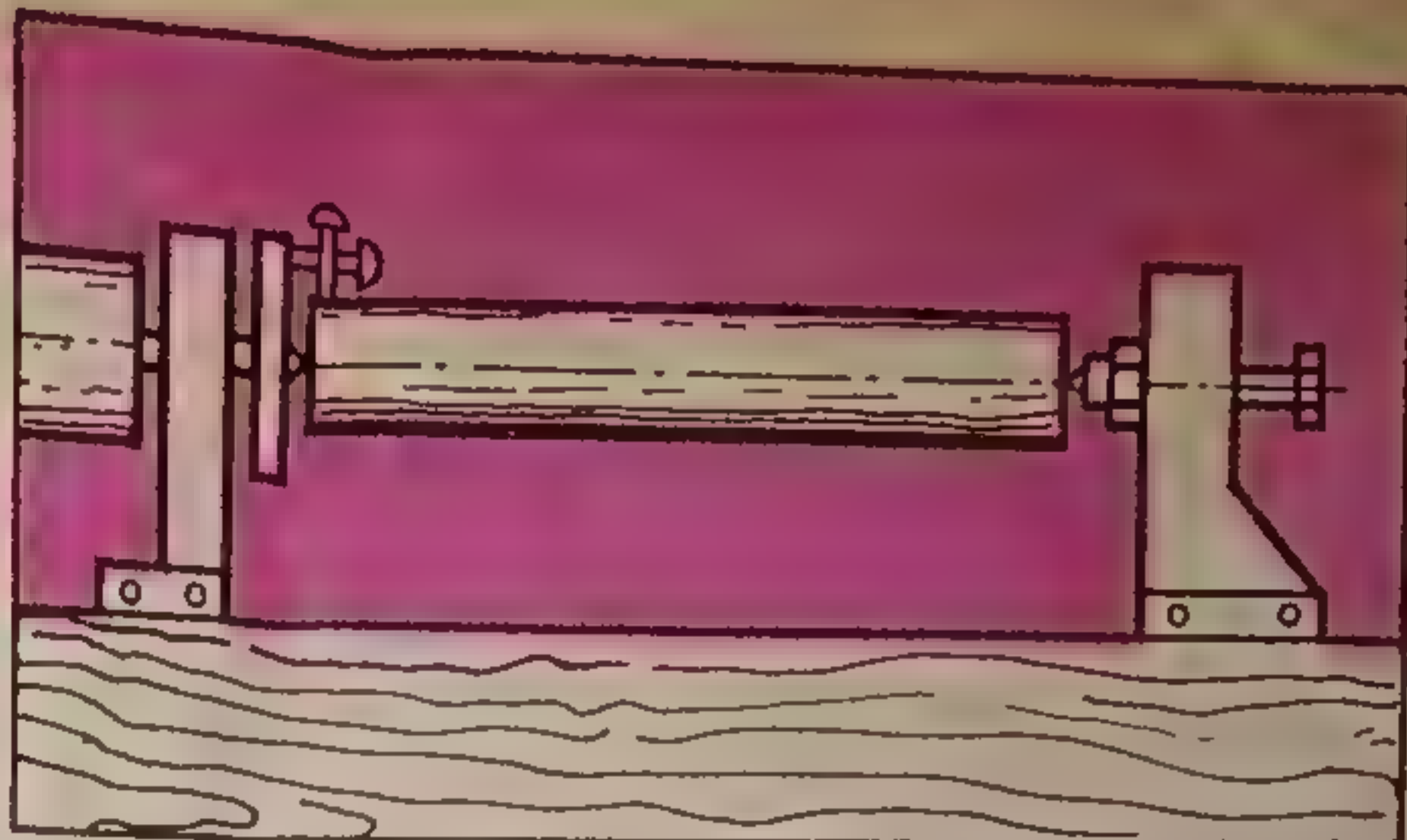


Рис. 25

какой-либо деревяшки в ней просверливают центры, а с одного конца вбивают гвоздь или ввинчивают шуруп так, чтобы он почти полностью был наружу. Поводок, упираясь в этот гвоздь, будет вращать деревяшку (рис. 25). В патроне также сверлят три сквозных отверстия $\phi 6$ мм (рис. 23) диаметром 6 мм. С помощью шурупов или винтов, продетых с задней стороны, к патрону привинчивают любые деревянные предметы, которые нужно обработать изнутри. Поводковый винт при этом вывинчивают из патрона. Теперь можно приступить к работе на нашем станке.

Работа на станке. Как и всякое ремесло, токарное целиком и полностью зависит от практики. Но какие-то наиболее общие приемы работы изложить следует.

Прежде всего нужно заметить, что искусство точения по дереву зависит от правильности заточки инструмента и, во-вторых, от того, как вы держите стамеску на подручнике во время работы. Управляют стамеской правой рукой, которая держит инструмент почти за самый конец ручки. Она же, правая рука, направляет острие в ту или иную сторону. Левая рука твердо должна прижимать стамеску к подручнику. Неподвижность резца или, точнее сказать, твердость его удержания на подручнике обуславливает не только гладкость обработки, но и безопасность в работе. Слабо удерживаемая стамеска может быть легко выбита из рук. Нужно иметь в виду, что стамеска всегда образует определенный угол по отношению к горизонтальной плоскости, мысленно проведенной через центровую ось вращающейся деревяшки. Этот угол изменяется с переменой формы обтачиваемой поверхности. Когда мы обтачиваем цилиндр, то есть когда лезвие стамески движется по прямой, угол ее наклона к горизонтальной плоскости остается постоянным. Если стамеска движется по кривой, то угол ее

наклона изменяется тем больше, чем круче сама кривая. При отсутствии угла стамеска начинает скоблить дерево, хотя порою к этому прибегают сознательно. Чем выше скорость вращения, тем глаже получается обработка. При точении деталей большого диаметра скорость вращения может быть меньшей, так как сила самого вращения с возрастанием скорости уменьшается.

Опытный токарь даже на примитивном станке при небольшом наборе инструментов способен выточить удивительные вещи. Конечно, возможности нашего самодельного станка неизмеримо возрастут, если для получения вращения к нему приспособить электромотор. Несколько слов скажем об усовершенствованных патронах (рис. 26 и 27). На рис. 26 изображен так называемый самоцентрирующийся патрон. Это деревянный конус, привинченный к планшайбе, выточенный изнутри и разрезанный на четыре части. Поверх патрона надето проволочное кольцо или обруч, при помощи которого в



рис. 26

рис. 27

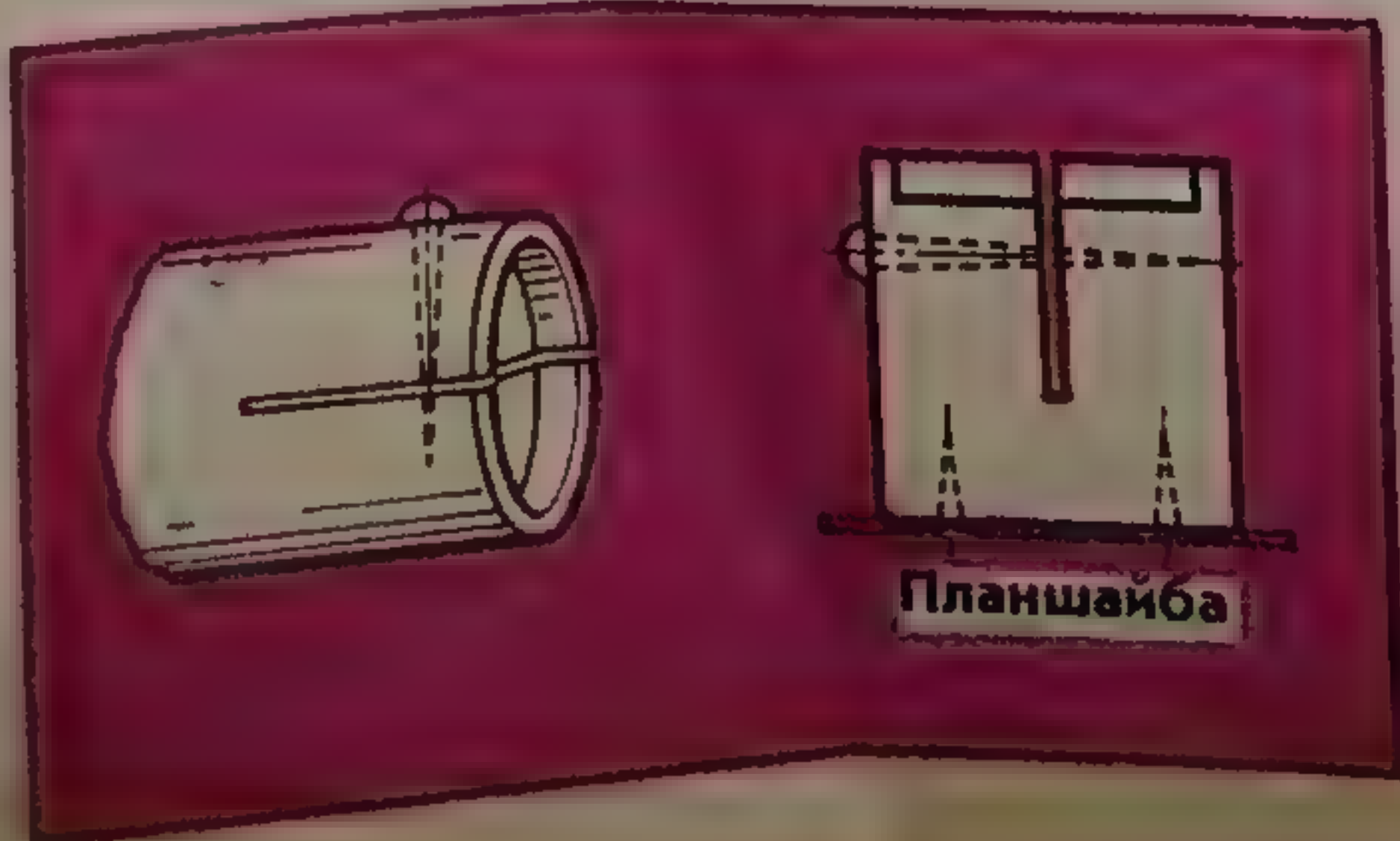
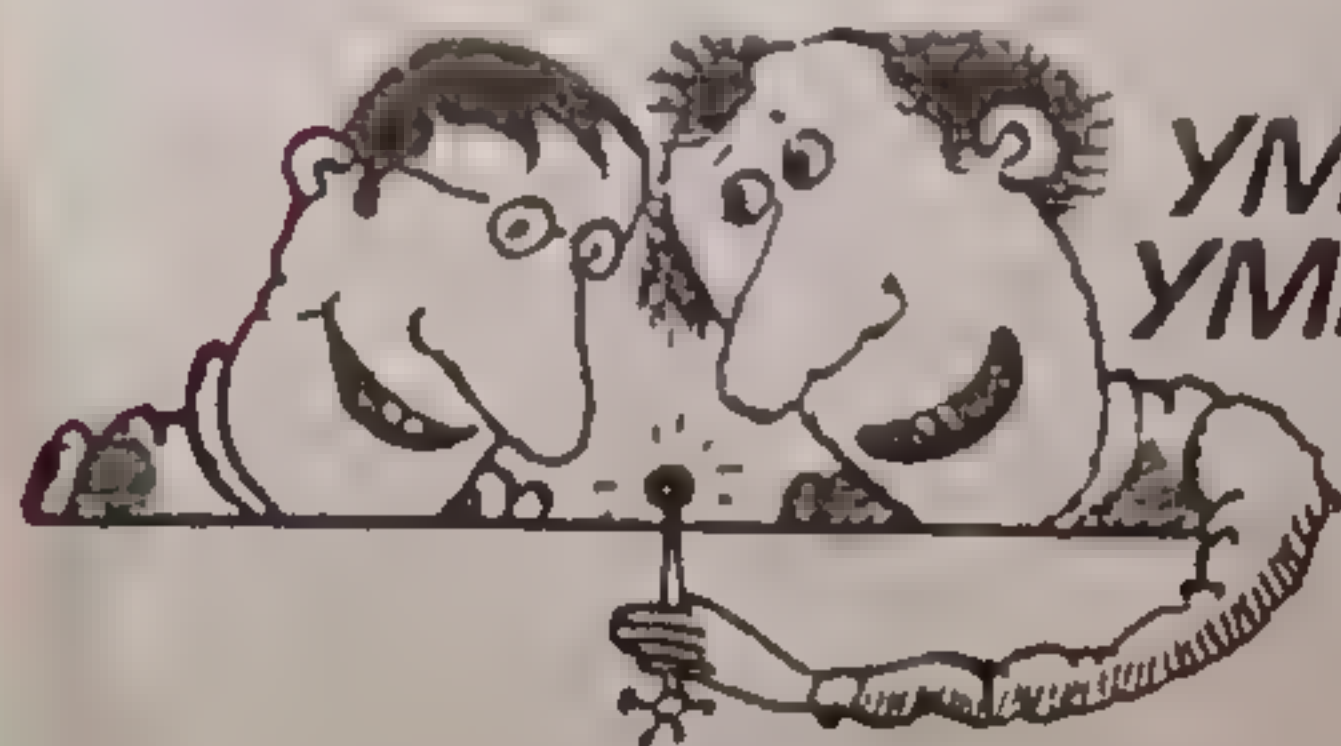


рис. 28

патроне зажимают обрабатываемую деталь.

Приспособление, изображенное на рис. 27, предназначено для сжатия небольших обрабатываемых деталей (шашки, кольца и т.п.). В последней части сделано углубление, куда и вставляем перед обработкой деталь. С помощью винта эту деталь плотно сжимают двумя половинками патрона.

Окажет помощь токарю и такой патрон (рис. 28) конической формы с тремя стальными шипами. На эти шипы надевают обрабатываемую деталь и зажимают ее задней бабкой. Напомним, эти вспомогательные патроны выполнены из твердых пород дерева. Впрочем, их можно сделать и из металла.



В.В.ИЛЬИН

Артезианская скважина на приусадебном участке

Дома в сельской местности, как правило, лишены необходимых удобств, важнейшим из которых является водоснабжение.

Источник водоснабжения, оборудованный электрическим насосом, подающим воду под давлением, не только сокращает трудовые затраты на обеспечение сель-

ского дома водой, но и дает возможность организовать горячее водоснабжение, установить в доме ванну, умывальник, канализованный туалет.

На приусадебном участке располагаются сад и огород, требующие полива и внесения удобрений, туалет, помещение для скота и птицы, гараж и другие помещения, которые в большей или меньшей степени являются источниками загрязнения нижележащих водоносных горизонтов. Качество воды источника водоснабжения в значительной степени зависит от его расположения по отношению к перечисленным частям приусадебного участка.

В литературных источниках содержится требование, в соответствии с которым расстояние от колодца до источников загрязнения (навозных куч, уборных, помойных ям, бань, скотных дворов и т.п.) должно быть не менее 20—25 метров.

Площадь земли, прилегающая к колодцу в радиусе 20 м, составляет $F = \pi R^2 = 3,14 \times 20 \times 20 = 1256 \text{ м}^2$, или 12,5 сотки. Рассматривая обоснованность этих требований, необходимо учесть следующие обстоятельства. Требование в части 20—25-метрового разрыва между водоисточником и источниками загрязнения невозможно реализовать, так как пригородные участки, как правило, имеют общую площадь менее 12 соток; участки в сельской местности имеют ширину не более 25 м, в силу чего значительная часть площади, прилегающая к водоисточнику, будет находиться на участках соседей или выходить на проезжую часть улицы.

Эти требования не могут считаться обоснованными, так как граница, за которой прекращается действие источников загрязнения на источник водоснабжения, зависит от величины коэффициента фильтрации грунтов, величина которых колеблется в широких пределах (для глины он составляет 0,00086 м/сутки, а для крупнозернистых песков — 8,6 м/сутки); от глубины залегания водоносного слоя, которая может быть от 2 до 20 м (при бурении скважины ручным способом); от глубины ям, в которых собираются нечистоты. Эти требования с санитарной точки зрения не всегда оправданы, так как разрешают в непосредственной близости от водоисточника применять любые виды удобрений, а также устройство негерметичных выгребных ям, что в ряде случаев может привести к загрязнению водоносного горизонта.

Автор считает, что площадь, прилегающая к колодцу или другому водоисточ-

нику, на которую распространяются ограничения хозяйственной деятельности, не может быть единой и в каждом конкретном случае должна быть определена расчетом.

К воде, получаемой из артскважины, расположенной на приусадебном участке, и к воде, получаемой из централизованной сети водопровода, предъявляются одинаковые требования: ее качество должно соответствовать качеству пищевого продукта.

Артскважины централизованного водоснабжения с целью сохранения качества воды в источнике водоснабжения в месте ее забора имеют два санитарных пояса, первый из которых имеет более строгий санитарный режим, чем второй.

Автор предлагает по аналогии с обустройством артскважин централизованного водоснабжения при устройстве артскважины или иного водоисточника на приусадебном участке также установить два санитарных пояса, границы которых определяются расчетами, приведенными ниже.

Расстояние от артскважины до границы первого санитарного пояса должно обеспечить полную фильтрацию атмосферных осадков при условии, что территория санитарного пояса спланирована и атмосферные осадки не могут задерживаться в ямах, канавах и т.д., так как застойные воды, собирающиеся в них, рассматриваются как источник загрязнения водоносного горизонта. Площадь первого санитарного пояса, как правило, очень невелика, но и она не теряет своего основного хозяйственного назначения, так как на ней можно выращивать кустарники, не требующие удобрений (например, облепиху, сирень).

Расстояние от водоисточника до наружных границ второго санитарного пояса определяется длиной пути фильтрации, при которой любые загрязнения, находящиеся за границей второго санитарного пояса, не могут повлиять на качество воды в водоисточнике. На территории второго санитарного пояса могут размещаться сад и огород, однако удобрения должны быть органическими и применяться только после компостирования. Животноводческие помещения должны иметь герметичные полы, не допускающие проникновения нечистот в почву. Туалеты и выгребные ямы должны находиться за пределами второго санитарного пояса.

Буровым инструментом, изготовленным по приведенным в статье чертежам,

можно бурить любые грунты, кроме валунно-галечных и твердых известняков, на глубину до 20—25 м, то есть ими можно обеспечить бурение скважин в средней полосе России как минимум в 60—70 случаях из 100.

Как показывает опыт, работы по сооружению скважины могут быть выполнены силами как минимум трех мужчин, то есть силами одной или двух семей. Предлагаемые конструкции рассчитаны на изготовление их в мастерской, имеющей токарный и фрезерный станки и сварку, а также располагающей специалистом, знакомым со слесарными работами и имеющим соответствующий инструмент.

Выбор источника водоснабжения

В качестве источника водоснабжения приусадебный участок может иметь колодец или буровую скважину. Качество воды подземных источников возрастает с увеличением глубины залегания водоносного горизонта. Глубокие подземные воды по качеству обычно соответствуют требованиям к воде как к пищевому продукту, и задача состоит в том, чтобы исключить возможность проникновения в водоносный горизонт нечистот. Необходимо учесть, что если фильтруемая через почву вода попадает в верхний водоносный горизонт, то она может разбавляться до практически безвредных концентраций, что, безусловно, является санитарной защитой для нижележащих водоносных горизонтов, из которых потребитель предполагает получать воду.

С точки зрения санитарной защищенности буровая скважина имеет ряд существенных преимуществ перед колодцем, так как герметичная обсадная колонна изолирует приток недоброкачественных вод как с наземной поверхности, так и с более высоких водоносных горизонтов, что при сооружении колодцев сделать затруднительно, а в ряде случаев невозможно.

Сравнительная характеристика затрат на сооружение колодца и буровой скважины показывает, что сооружение колодца обходится дешевле только при небольших глубинах залегания водоносного горизонта.

Однако, учитывая большую санитарную защищенность артскважины, целесообразно остановить свой выбор на последней.

Как видно из рис. 1 и 2, скважину 1 можно располагать на участке в закрытом

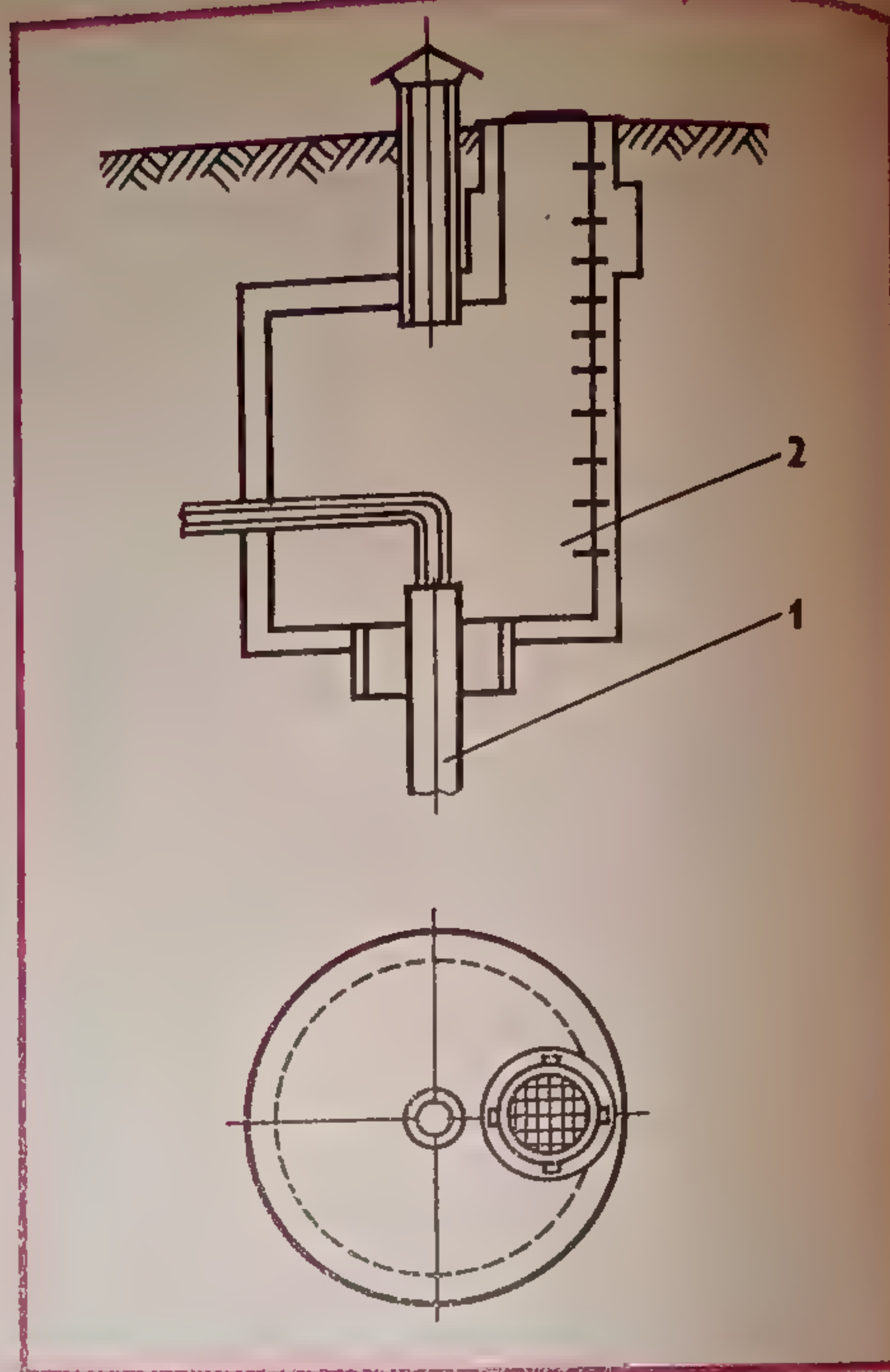


Рис. 1. Расположение артскважины в закрытом приямке: 1 — артскважина; 2 — закрытый приямок

приямке или в открытом приямке 2 под домом. Сооружение скважины в закрытом приямке значительно дороже, чем в приямке под домом, при этом ремонтные работы в зимнее время в закрытом приямке крайне затруднены.

Оптимальным вариантом как с точки зрения затрат на сооружение и эксплуатацию, так и с точки зрения санитарной охраны является расположение скважины под домом при условии, что нечистоты от раковины, ванны и санузла надежно отводятся местной канализацией за пределы второго санитарного пояса.

Определение границ первого санитарного пояса и защитные мероприятия, проводимые на нем

Солевой состав подземных источников зависит от пород, проходимых этими водами. Состав подземных вод, как правило, постоянен. В том случае, если концен-

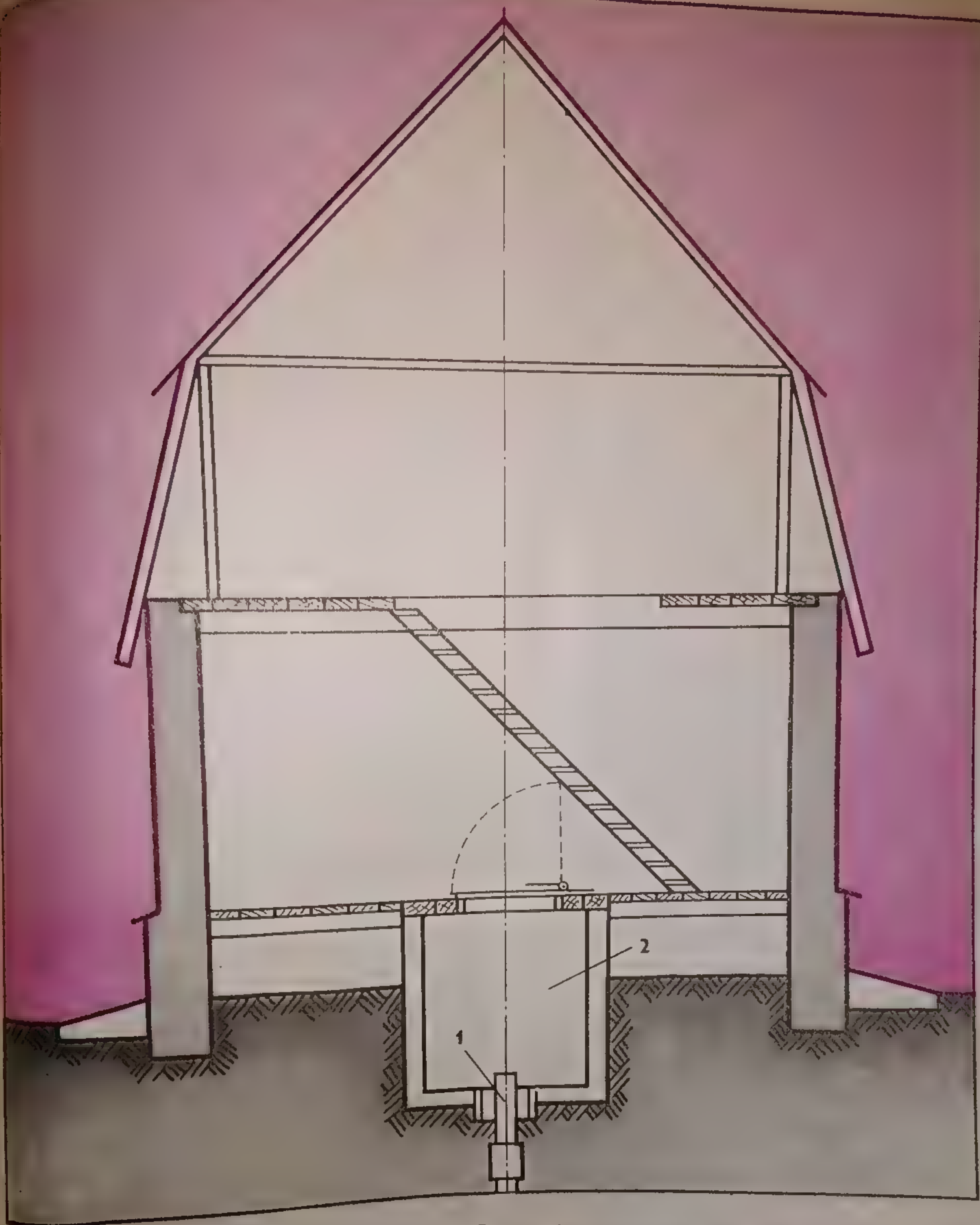


Рис. 2. Расположение артскважины в приемке под домом: 1 — артскважина; 2 — приемок

трация солей в подземных водах меняется, то это является следствием проникновения в подземный источник вод наземной поверхности.

На пути проникновения загрязнений к водоносному слою происходит процесс самоочищения благодаря задержанию мельчайших примесей и бактерий на поверхности частиц, из которых состоят породы. Этот процесс называется адсорбцией. Ад-

сорбция породы тем больше, чем меньше отдельные частицы, из которых она состоит, так как площадь прилипания увеличивается с уменьшением размера частиц.

С санитарной точки зрения желательно, чтобы водоносный горизонт был расположен как можно глубже, чтобы вокруг него находился мелкозернистый песок, а над ним располагался сплошной водонепроницаемый пласт, мощность которого (количество в метрах в вертикальном направлении) достаточна для самоочищения.

ния в результате продолжительной фильтрации. Качественная фильтрация происходит в мелкозернистых песках, в подавляющем большинстве случаев образующих водоносные горизонты. Способность фильтрующего материала характеризуется величиной коэффициента фильтрации, и чем эта величина меньше, тем эффективность самоочищения выше, а путь самоочищения короче.

Подземный источник защищен в месте забора воды от патогенной (болезнетворной) микрофлоры в том случае, если время фильтрации от места загрязнения до места забора воды длится более 31 суток, что губительно для патогенной микрофлоры, которая отмирает при попадании в чужую среду, так как лишена питания.

Для уяснения методики упрощенного расчета расстояния от буровой скважины до границ первого санитарного пояса разберем следующие примеры.

Пример 1. Имеется подземный источник водоснабжения, расположенный в мелкозернистых песках. Буровая скважина питается из водоносного горизонта, расположенного на глубине 3 м. Источником загрязнения водоносного горизонта является канавка глубиной 0,1 м.

Решение. Для того чтобы вода из ямки, которую мы принимаем как нечистоты, попала в фильтр скважины, ей необходимо проделать путь, равный

$$l_r + l_b = \sqrt{31 \cdot k \cdot H}$$

или

$$l_r = \sqrt{31 \cdot k \cdot H} - l_b,$$

где

l_r — горизонтальная составляющая пути фильтрации, которая принимается равной расстоянию от артскважины до границы первого санитарного пояса, м;

l_b — вертикальная составляющая пути фильтрации, которая принимается равной расстоянию между дном канавки и наивысшей точкой водоприемного фильтра, м;

H — величина расчетного напора. Для ям, шурфов, выгребных ям и т.д. принимается как максимальная высота жидкости в них. В данном случае $H = 0,1$ м.

31 — как сообщалось ранее, болезнетворные бактерии во время фильтрации в течение 31 суток погибают полностью.

k — коэффициент фильтрации. Коэффициент, характеризующий фильтрационные свойства породы. K — для мелкозернистых песков — 5,2 м/сутки. Как правило, коэффициенты фильтрации по-

род, лежащих выше начала фильтра буровой скважины, отличаются друг от друга не более чем на 50%, в силу чего коэффициент фильтрации для облегчения расчетов принимается единый.

№	Породы	Коэффициент фильтрации, м/сутки
1	Глины	0,00086—0,00518
2	Суглинки	0,0086—0,0518
3	Супесь плотная	0,864—0,5184
4	Супесь рыхлая, пески мелкозернистые	0,864—5,184
5	Пески среднезернистые	20,0
6	Пески крупнозернистые	8,64—51,84

$$l_r = \sqrt{31 \times 5,2 \times 0,1} - 2,9 = 1,1 \text{ м.}$$

Граница первого санитарного пояса располагается от артскважины на расстоянии 1,1 м.

Пример 2. Буровая скважина возведена не на мелкозернистых, а на среднезернистых песках с коэффициентом фильтрации $k = 20$ м/сутки.

$$l_r = \sqrt{31 \times 20 \times 0,1} - 2,9 = 5 \text{ м.}$$

Вывод: в случае расположения артскважины внутри строения (в его центре) крыша дома с отмосткой полностью или почти полностью изолируют первый санитарный пояс от проникновения в артскважину вод с наземной поверхности. Если границы первого санитарного пояса выйдут за пределы участка (например, на тротуар улицы), то необходимо следить за состоянием этого участка, не допуская его загрязнения или разрытия.

Так как первый санитарный пояс напрямую связан с чистотой воды, получаемой из источника водоснабжения, к нему предъявляются следующие требования: территория первого санитарного пояса должна иметь уклон и быть спланирована таким образом, чтобы атмосферные воды не затопляли ее; на ней не должно быть ям, в которых могла бы скапливаться вода; недопустимо складировать на ней строительный материал или строительный мусор; нельзя сжигать мусор или устраивать костры из других материалов; на территории, кроме жилого дома с туалетом, умывальником и ванной, нечистоты которых при помощи системы канализации выведены за пределы второй санитарной зоны, других строений возводиться не

важно: удобрения, используемые на территории, должны быть органическими, и применять их следует только после компостирования; применение гербицидов и минеральных удобрений недопустимо.

Определение границ второго санитарного пояса и защитные мероприятия, проводимые в нем

Как уже было сказано, нечистоты жилого дома должны отводиться канализационной системой за пределы второго санитарного пояса. Определим же его границы.

Для уяснения методики расчета расстояния от буровой скважины до границ второго санитарного пояса разберем следующие примеры.

Пример 3. Имеется подземный источник водоснабжения, расположенный в мелкозернистых песках. Буровая скважина питается из водоносного горизонта, расположенного на глубине 3 м. Источником загрязнения водоносного горизонта является канализационная яма глубиной 2 м.

Решение (все обозначения и таблица коэффициентов фильтрации приведены выше):

$$l_r = \sqrt{31 \cdot k \cdot H} - l_b,$$

где $k = 5,2$ м/сутки $l_b = 3$ м — 2 м = 1 м

$$l_r = \sqrt{31 \cdot 5,2 \cdot 2} - 1 = 17 \text{ м} \cdot H = 2 \text{ м}$$

Пример 4. Буровая скважина возведена не на мелкозернистых песках, а на среднезернистых. Остальные данные сохраняются.

Решение:

$$l_r = \sqrt{31 \cdot k \cdot H} - l_b,$$

где $k = 20$ м/сутки. $l_r = \sqrt{31 \cdot 20 \cdot 2} - 1 = 34$ м

Пример 5. Буровая скважина возведена не на мелкозернистых песках, а на плотной супеси. Остальные данные, приведенные в примере 3, сохраняются.

Решение:

$$l_r = \sqrt{31 \cdot k \cdot H} - l_b,$$

где $k = 0,5$ м/сутки. $l_r = \sqrt{31 \cdot 0,5 \cdot 2} - 1 = 4,5$ м.

Из приведенных примеров 3, 4, 5 можно сделать следующие выводы: расстояние от источника водоснабжения до границы второго санитарного пояса колеблется в широких пределах и возможны

варианты, когда границы не будут выходить за пределы строения (например, когда водосточник расположен в приемке под домом). В этом случае не накладываются какие-либо ограничения на хозяйственное использование приусадебного участка; если водоносный горизонт расположен высоко, выгребную яму (в случае невозможности ее сооружения за пределами приусадебного участка — пример 4) можно выкопать в пределах второго санитарного пояса при условии ее гидроизоляции.

Территория второго санитарного пояса должна отвечать следующим требованиям: на ней не должно быть незатампированных скважин и заброшенных колодцев, через которые воды с наземной поверхности могли бы проникать в водоносные горизонты; на территории пояса дороги должны иметь твердое водонепроницаемое покрытие; сооружение выгребных ям допустимо при условии их гидроизоляции; животноводческие помещения должны иметь герметичные полы; на территории пояса удобрения можно применять только после компостирования.

Графическая иллюстрация изменения расстояния от артезианской скважины до границ первого и второго санитарного пояса в зависимости от коэффициента фильтрации пород, залегающих на приусадебном участке (примеры 1, 2, 3, 4), представлена на рис. 3.

Конструкция артезианской скважины и назначение ее основных узлов

Вертикальная скважина, представленная на рис. 4, состоит из трех основных узлов: колонны обсадных труб — узел 1, фильтра — узел 2 и насоса — узел 3.

Колонна обсадных труб (рис. 5) состоит из забойного звена 1—1, промежуточных звеньев 1—2 и конечного звена, выходящего на поверхность.

Забойное звено 1—1 состоит из верхней полумуфты 1—1—1 (рис. 6), трубы 1—1—2, представленной на рис. 7.

Верхнюю полумуфту изготавливают на токарном станке из толстостенной трубы или круглого материала. При монтаже звена ее приваривают к трубе, в силу чего она должна быть изготовлена из малоуглеродистых сортов стали, имеющих хорошую свариваемость: ст.3—ст.7, ст.05—ст.20. Верхняя полумуфта имеет наружную резьбу, которая в случае загрязнения

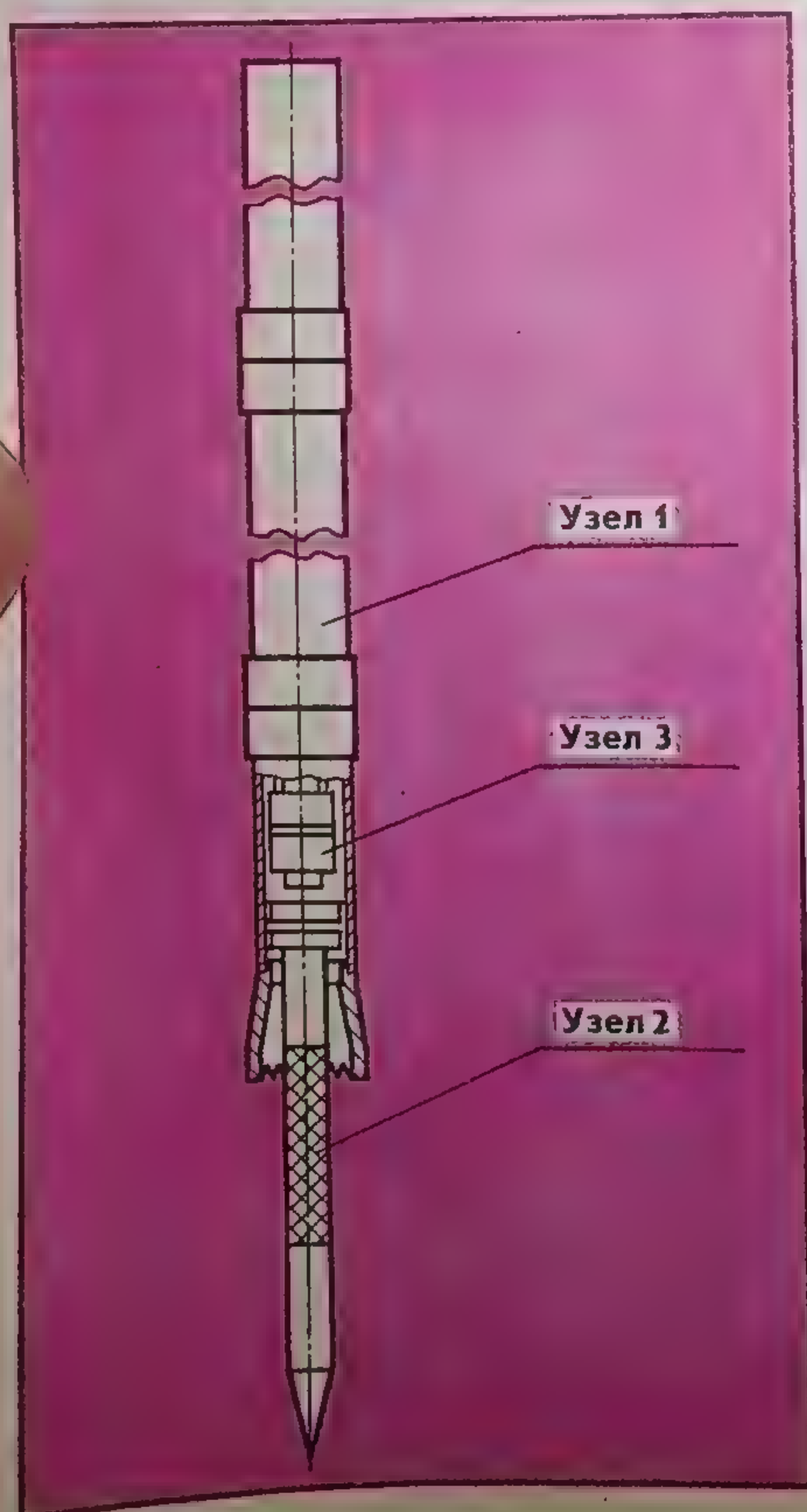
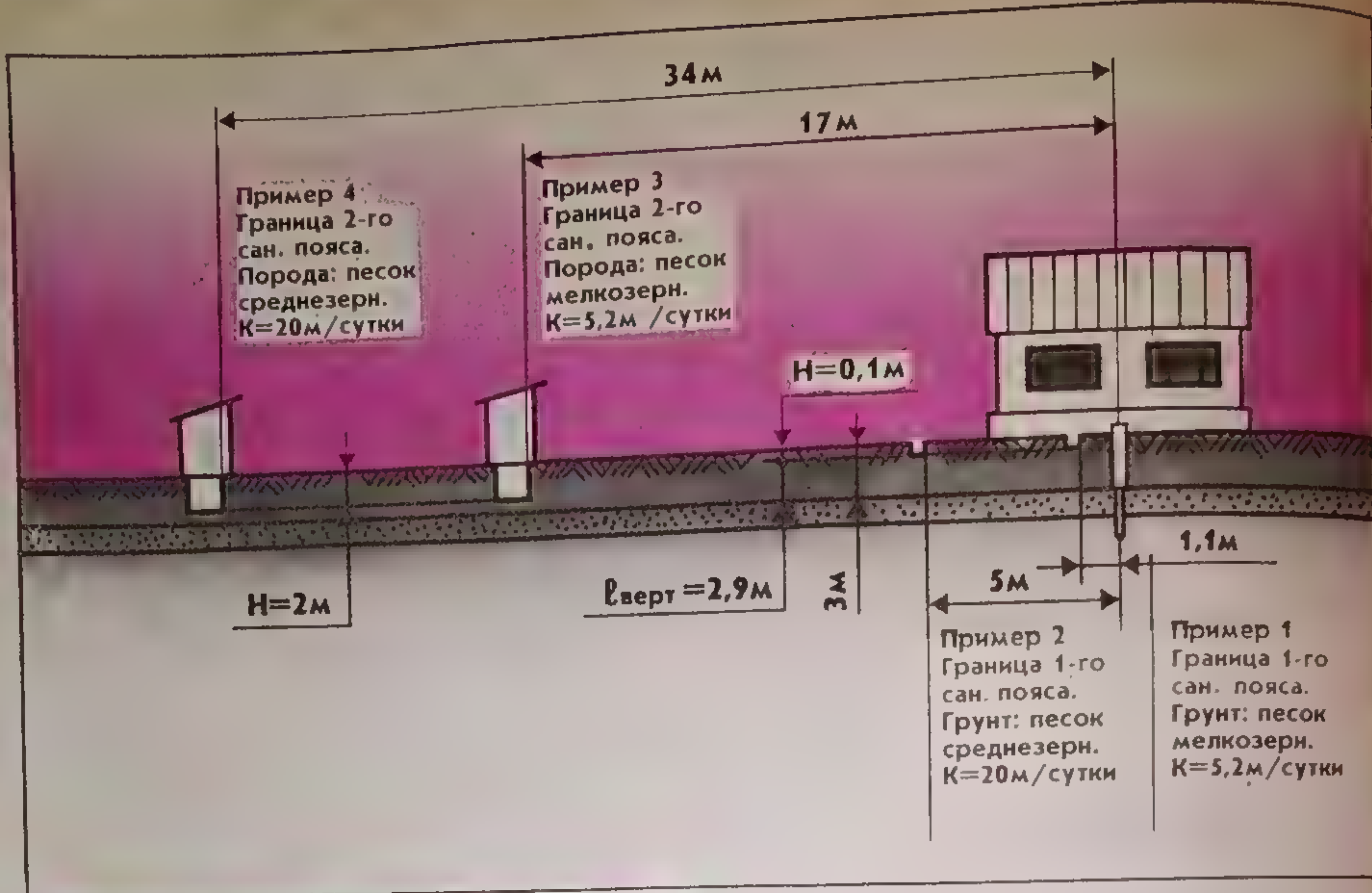


Рис. 3. Графическая иллюстрация изменения расстояния от артскважины до границ 1-го и 2-го санитарного пояса в зависимости от коэффициента фильтрации пород (примеры 1, 2, 3, 4)

Рис. 4. Конструкция артезианской скважины. Колонна обсадных труб — узел 1; фильтр — узел 2; насос «Малыш» — узел 3

легко может быть очищена, а при повреждении исправлена.

Труба 1—1—2 имеет длину порядка 3 м, что обусловлено весом звена, который в силу того, что сооружение скважины ведется вручную, не должен быть тяжелее 40—45 кг. Для изготовления труб 1—1—2 используются газопроводные трубы $D_u = 100$ (Тр4"), которые имеют следующую характеристику:

1. Наружный диаметр 114 мм
2. Внутренний диаметр усиленных труб 104 мм
3. Внутренний диаметр обыкновенных труб 105 мм
4. Вес одного метра усиленных труб 13,44 кг
5. Вес одного метра обыкновенных труб 12,15 кг

Трубы изготавливают из малоуглеродистых сталей, имеющих хорошую свариваемость. Коронка в зависимости от породы, которую будут бурить, изготавливается цельной или составной. В том случае, если предстоит бурение мягких пород, ее изготавливают по чертежу дет. 1—1—3, представленному на рис. 7. Коронку

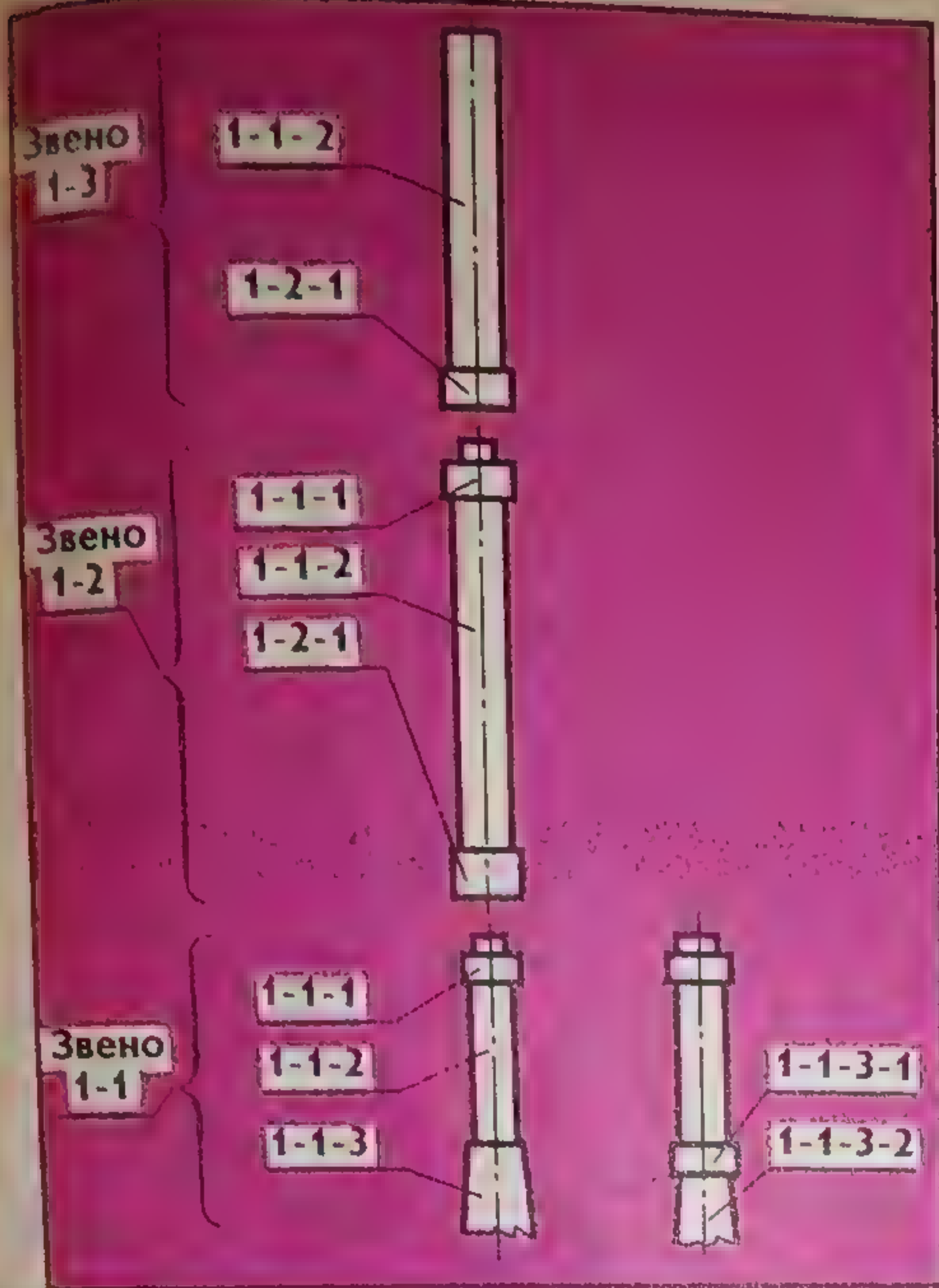
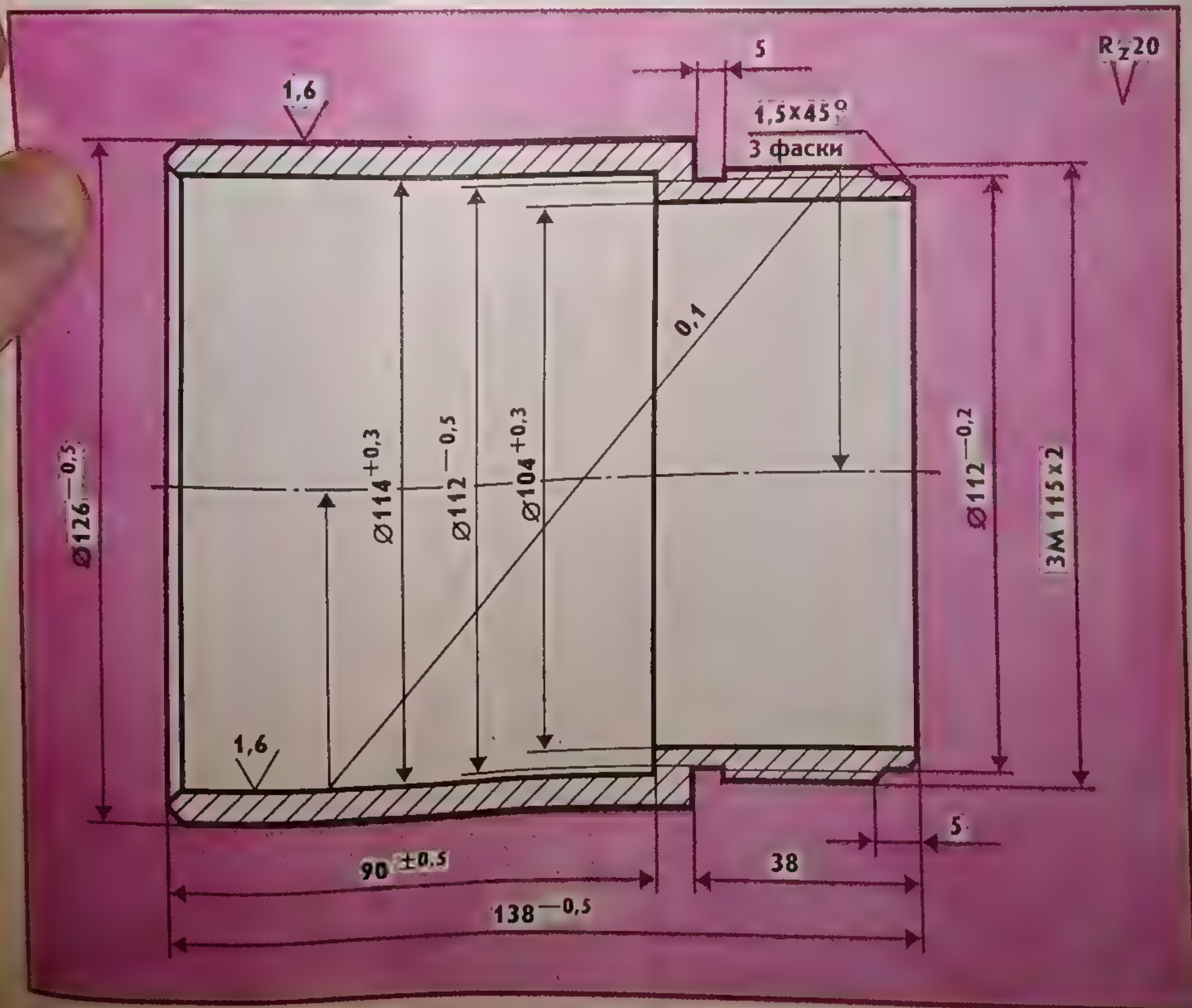


Рис. 5. Конструкция колонны обсадных труб — узла 1. 1—1—1 — полумуфта верхняя; 1—1—2 — труба; 1—1—3 — коронка для разбуривания мягких пород; 1—1—3—1 — раструб для крепления коронки 1—1—3—2 к трубе 1—1—2; 1—1—3—2 — коронка для разбуривания твердых пород; 1—2—1 полумуфта нижняя

изготавливают из малоуглеродистых сталей без термообработки, к трубе 1—1—2 ее крепят сваркой. При бурении твердых пород коронку делают из двух частей: раструба дет. 1—1—3—1, представленного на рис. 8, и самой коронки 1—1—3—2, представленной на рис. 9. Раструб 1—1—3—1 изготавливают из малоуглеродистых сталей и приваривают к трубе 1—1—2, а коронку 1—1—3—2 — из инструментальной стали У8, ее закаливают до твердости $R_c = 48-54$. Коронка на раструбе закрепляется с помощью резьбы.

В силу того что коронка имеет больший диаметр, чем диаметр резьбовой муфты, она формирует в грунте отверстие

Рис. 6. Полумуфта верхняя, дет. 1—1—1



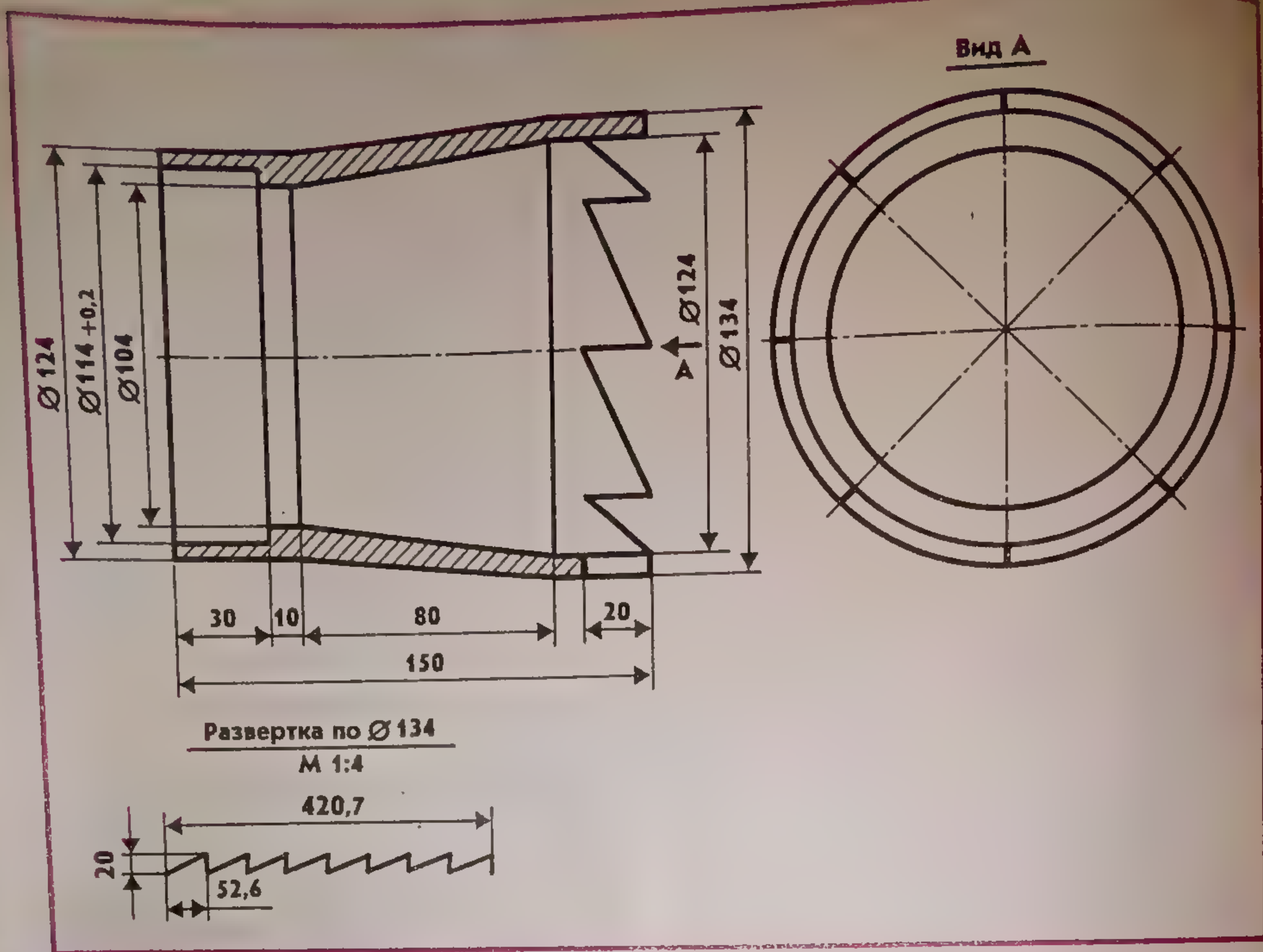


Рис. 7. Коронка, дет. 1—1—3

Рис. 8. Раструб, дет. 1—1—3—1

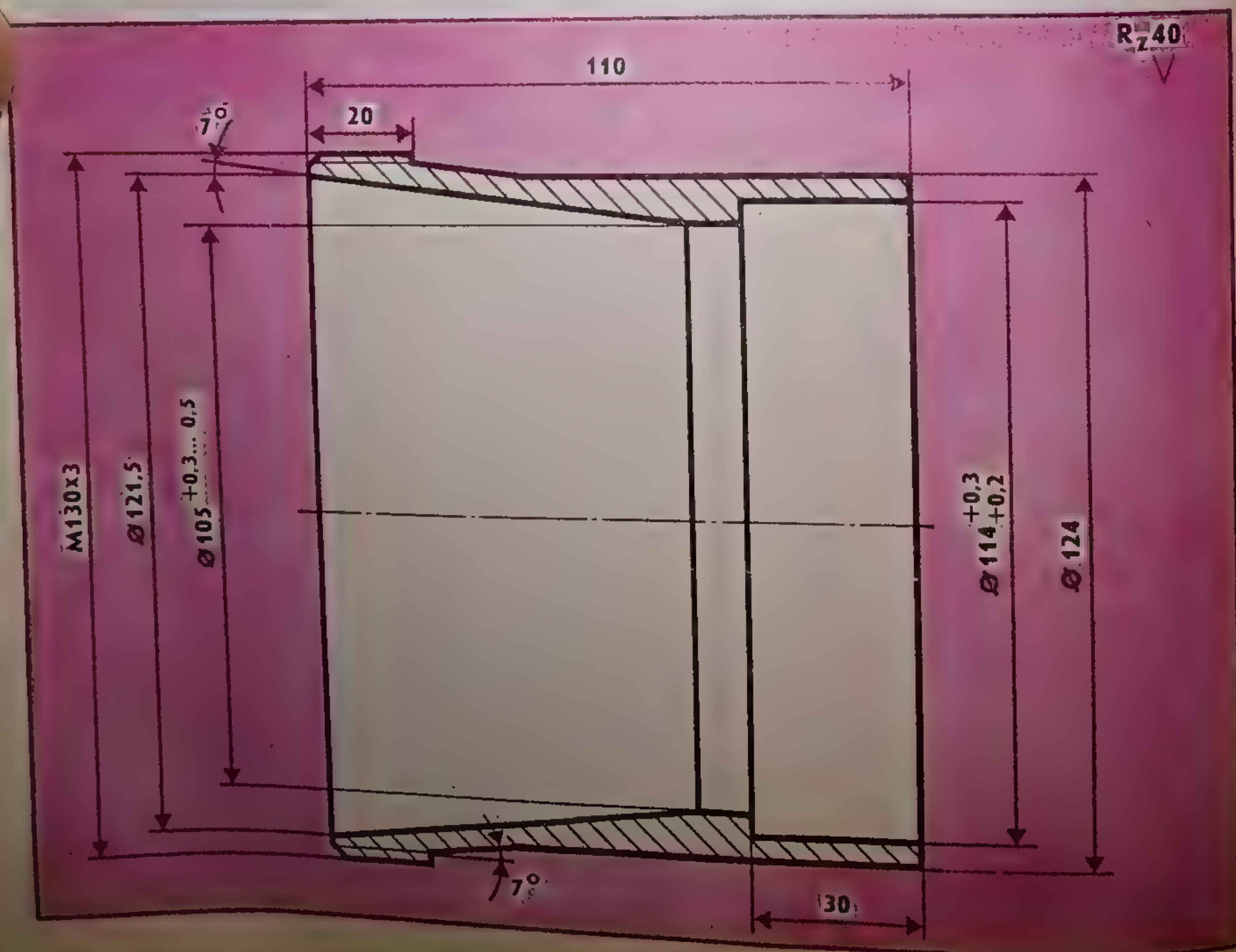


Рис. 9. Коронка, дет. 1—1—3—1

большого диа
что уменьшае
стенками ски
коронки сдви
лубя, являю
и элемента
жонне внедря
Промежут
симости от г
быть несколь
ужуточное
лумуфты 1—
ней полумуф
муфту (рис. 1
изготавливан
лей и привар
Конечное
из труб 1—
1—2—1. Кон
верх-ность,
устья над зе
выходящий
ют. Высота
тельна, так
сважины.
Колонна
где служит
жины от об
трубного пр
ших через ф
тов, которы
ваться.
Собранны
ажна быт

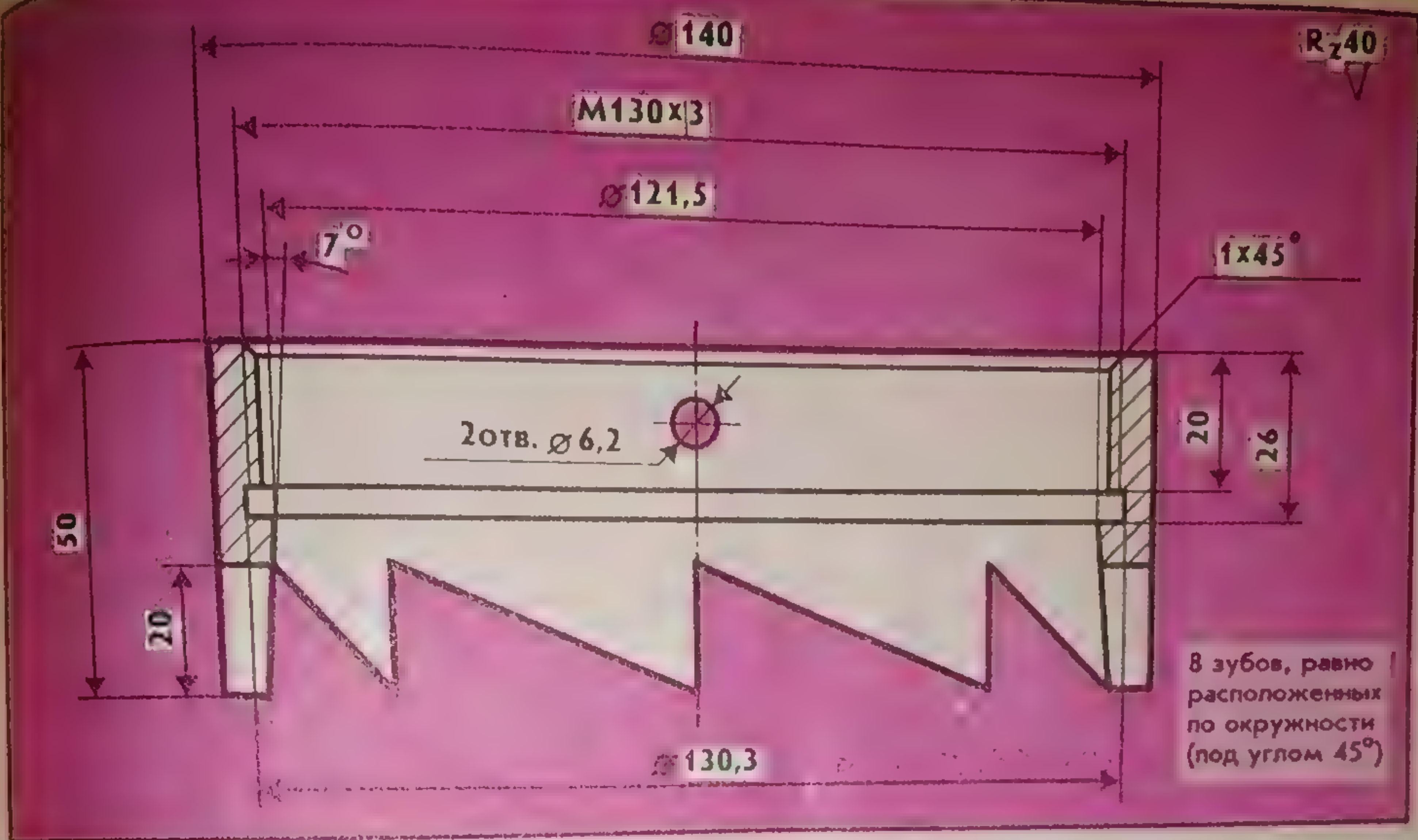


Рис. 9. Коронка, дет. 1—1—3—2

большого диаметра, чем диаметр муфты, что уменьшает трение между колонной и стенками скважины. Внутренний конус коронки сдвигает грунт внутрь трубы, а зубья, являющиеся породоразрушающими элементами коронки, помогают колонне внедряться в грунт.

Промежуточных звеньев 1—2 в зависимости от глубины артскважины может быть несколько. Из рис. 5 видно, что промежуточное звено состоит из верхней полумуфты 1—1—1, трубы 1—1—2 и нижней полумуфты 1—2—1. Нижнюю полумуфту 1—2—1, как и полумуфту 1—1—1, муфту (рис. 10), как и полумуфту 1—1—1, изготавливают из малоуглеродистых сталей и приваривают к трубе 1—1—2.

Конечное звено 1—3 (рис. 5) состоит из труб 1—1—2 и нижней полумуфты 1—2—1. Конец трубы, выходящий на поверхность, называется устьем. Высота устья над землей — 0,4 м. Конец трубы, выходящий за эти габариты, отрезают. Высота устья менее 0,4 м нежелательна, так как возможно загрязнение скважины.

Колонна обсадных труб в собранном виде служит для укрепления стенок скважины от обрушения, изоляции внутреннего пространства от вод, не прошедших через фильтр, и от вод тех горизонтов, которыми вы не хотите воспользоваться.

Собранная колонна обсадных труб должна быть прямолинейна, герметична,

не иметь во внутренней полости трубы заусенцев и выступов.

Несмотря на то что колонна собрана из отдельных звеньев, она не должна быть коленообразной, так как приворачивание такой колонны вручную будет затруднительно, а при большой кривизне — невозможно. Для изготовления прямолинейной обсадной колонны необходимо воспользоваться следующими рекомендациями: труба $D_y = 100$ имеет допуск на наружный диаметр от +0,8% до —1%, то есть наружный диаметр трубы может колебаться в пределах, превышающих 1,5 мм. При расточке гнезд под трубу в полумуфтах, коронке и раструбе необходимо учитывать фактический диаметр трубы и расточку производить с зазором от 0,15 до 0,2 мм, что приблизительно соответствует ходовой посадке 3 класса.

Другим условием, обеспечивающим прямолинейность обсадной колонны, является строгая перпендикулярность торца трубы к ее боковой поверхности. Если перпендикулярность торцов в полумуфтах, коронке, раструбе (до которых досылаются трубы при их приварке) по отношению к продольной оси автоматически обеспечивают при их механической обработке, то перпендикулярность торца трубы делают при слесарной обработке.

Рассмотрим порядок обработки концов трубы, принимая во внимание, что предварительно трубы были нарезаны газовой резкой.

Для получения перпендикулярного торца на трубе при отрезке ее ножовкой

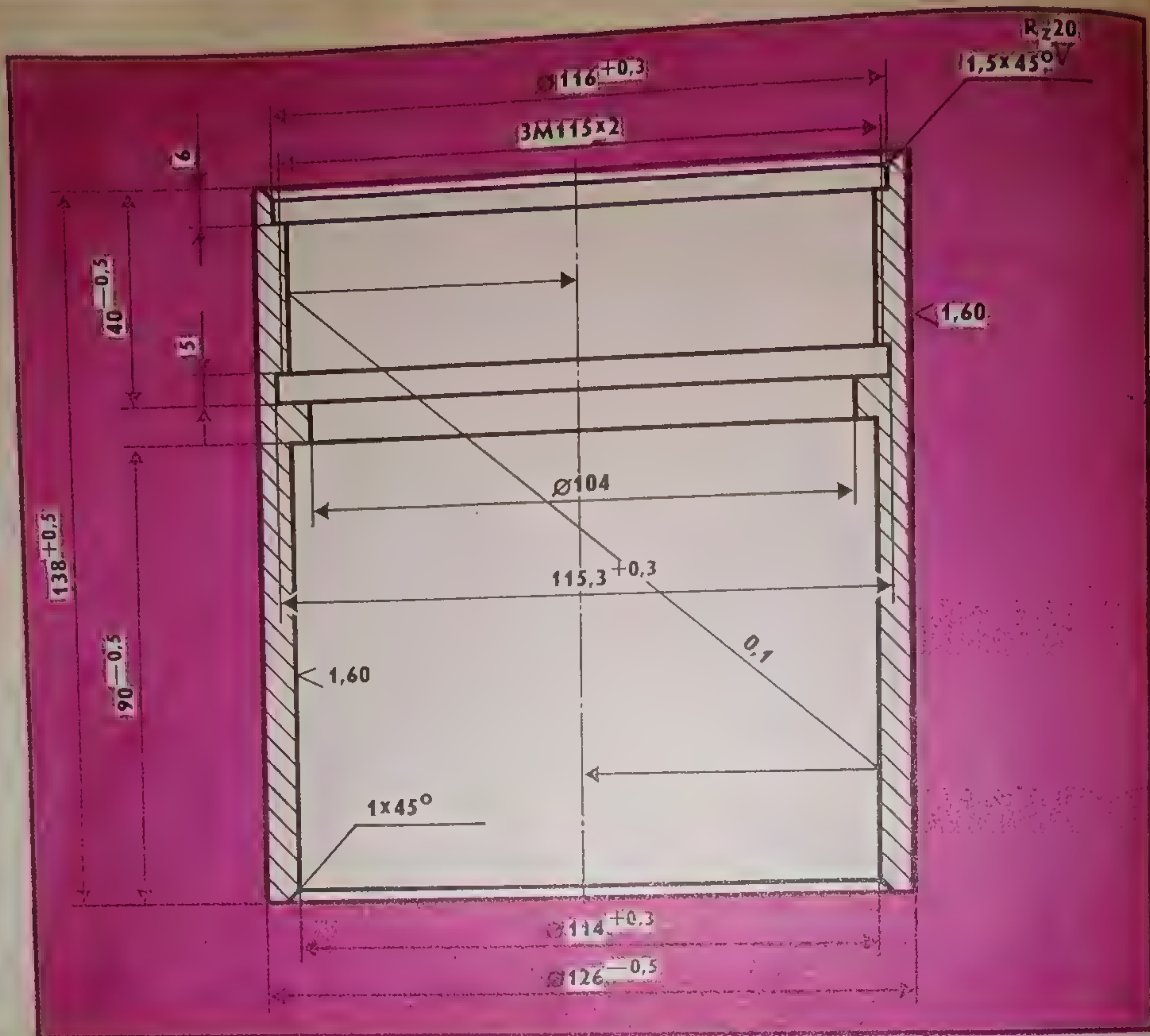


Рис. 10. Полумуфта нижняя, дет. 1—2—1

необходимо конец трубы обернуть листом газеты, при этом торец газетного листа должен совпадать с линией отреза. По кромке газетного листа наносят линию отреза, по которой пропиливают ножовкой канавку глубиной 1—2 мм, затем трубу прорезают до конца. Окончательную припиловку торца производят по угольнику, что соответствует 3 классу точности.

Третьим, не менее важным условием, обеспечивающим прямолинейность колонны, является подготовка под сварку звеньев колонны и их сварка. При подготовке звена под сварку необходимо обеспечить плотное соприкосновение торцов трубы с торцами полумуфт, коронки, раструба. С этой целью необходимо из проволоки диаметром 6—8 мм изготовить стяжку. Во избежание сварочных деформаций первоначально делают прихватку свариваемых деталей в четырех точках,

расположенных во взаимно перпендикулярных направлениях. Затем окончательно приваривают. Катет сварочного шва должен быть не менее 4 мм.

Герметичность колонны обсадных труб достигается как герметичностью звеньев, входящих в нее, так и герметичностью резьбовых соединений. Для герметичности колонны необходимо воспользоваться следующими рекомендациями.

Проверить свинчиваемость полумуфт. Свинчивание должно происходить полностью до соприкосновения торцевых поверхностей полумуфт. Забитая резьба должна быть защищена и не создавать препятствий свинчиванию. Для герметизации резьбового соединения перед навинчиванием последующего звена резьбу, а особенно торцевые поверхности полумуфт нужно смазать густотертым суриком на натуральной олифе.

Внутренняя полость колонны обсадных труб должна иметь строго цилиндрическую форму. Для уплотнения фильтра в колонне служит специальный резино-

манжет, который имеет меньшие размеры. При наличии заусенцев на трубе, которая будет заусенцев. Если при приваривании ее заусенцы трубы срываются производят

Фильтр — устройство, которое окружает скважину. Представлен из наконечника 2—2

11. Конструкция фильтра. Фильтр — устройство, которое окружает скважину. Представлен из наконечника 2—2



ный манжет, который по диаметру только на 4 мм меньше внутреннего диаметра колонны. При наличии во внутренней полости заусенцев или вмятин установка фильтра окажется невозможной. Понятно, что заусенцы и вмятины нужно устранить. Если произошел прожиг трубы 1—1—2 при приварке к ней полумуфт, то последующая ее заварка недопустима. Этот кусок трубы срезают и приварку полумуфты производят на новом участке трубы.

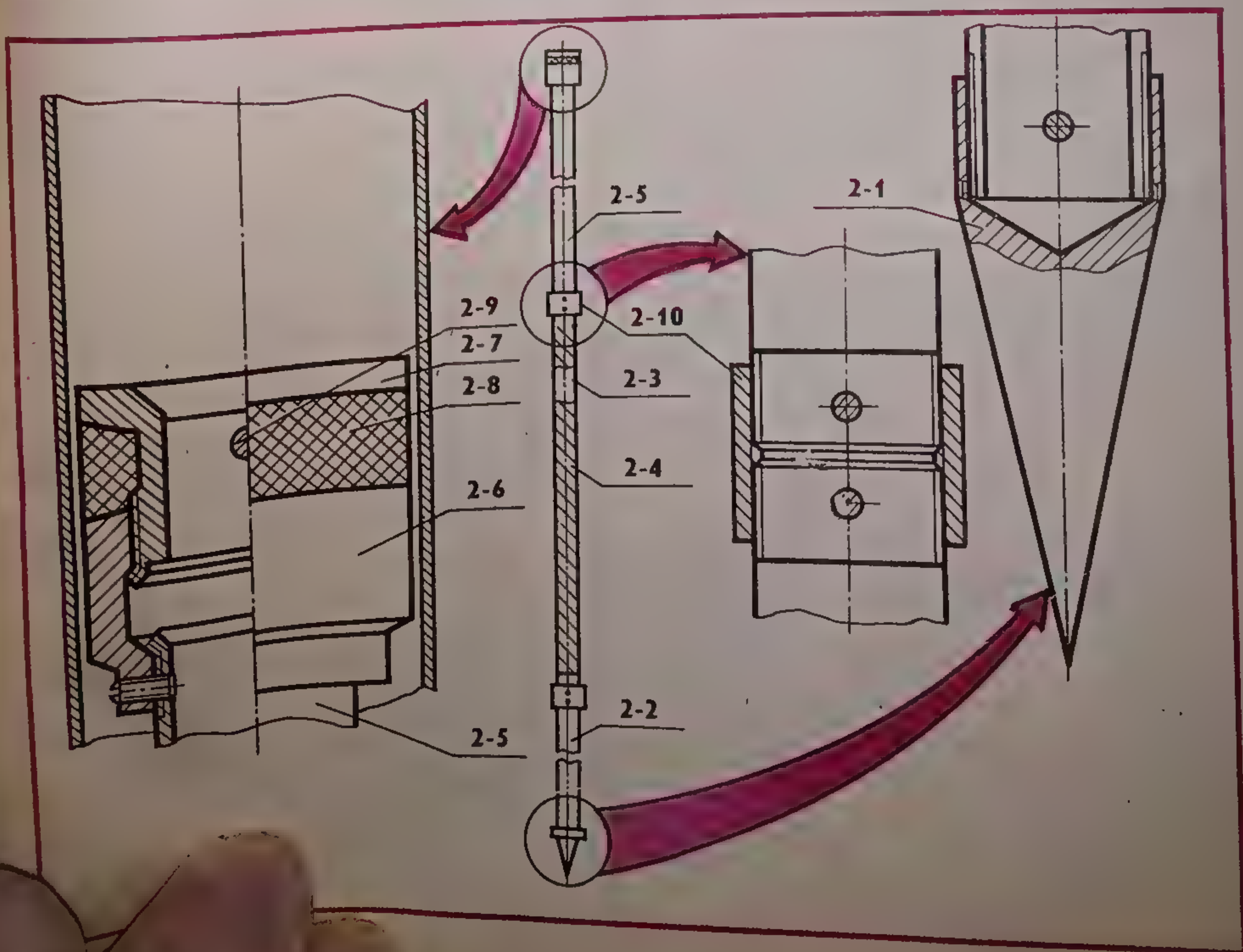
Фильтр — узел 2. Водоносные горизонты окружены среднезернистыми и крупнозернистыми песками. Для отбора подземных вод из водоносных песков чистыми скважины оборудуют приемными фильтрами.

Представленный на рис. 11 фильтр состоит из наконечника фильтра 2—1, отстойника 2—2, водоприемной части

Рис. 11. Конструкция фильтра — узла 2. 2—1 — наконечник фильтра; 2—2 — отстойник; 2—3 — каркас водоприемной части фильтра; 2—4 — сетка водоприемной части фильтра; 2—5 — надфильтровая труба; 2—6 — корпус сальника фильтра; 2—7 — гайка сальника фильтра; 2—8 — резиновое уплотнительное кольцо; 2—9 — штифт; 2—10 — муфта фильтра

фильтра, состоящей из каркаса 2—3 и сетки 2—4, надфильтровой трубы 2—5. Фильтр заканчивается герметизирующим сальником.

Наконечник фильтра 2—3 (рис. 12) выполнен в виде четырехгранной пирамиды, отдаленно напоминающей сапожное шило. При достижении водоносного слоя бурение прекращают и далее фильтр забивают в водоносный слой. При этом фильтр выдерживает значительные нагрузки, и в том случае, если прочность фильтра недостаточна, он будет деформирован и его невозможно будет извлечь из скважины. Для снижения нагрузок на фильтр целесообразно в водоносном слое предварительно освободить от породы канал большего диаметра, в котором должен расположиться фильтр. Четырехгранная пирамида наконечника фильтра при проворачивании своими гранями раздвигает породу водоносного слоя, образуя канал, диаметр которого больше диаметра фильтра. Для изготовления наконечника фильтра можно использовать любую малоуглеродистую сталь. Для предотвращения отвинчивания наконечника фильтра его необходимо в двух точках приварить к трубе отстойника 2—2 (рис. 11).



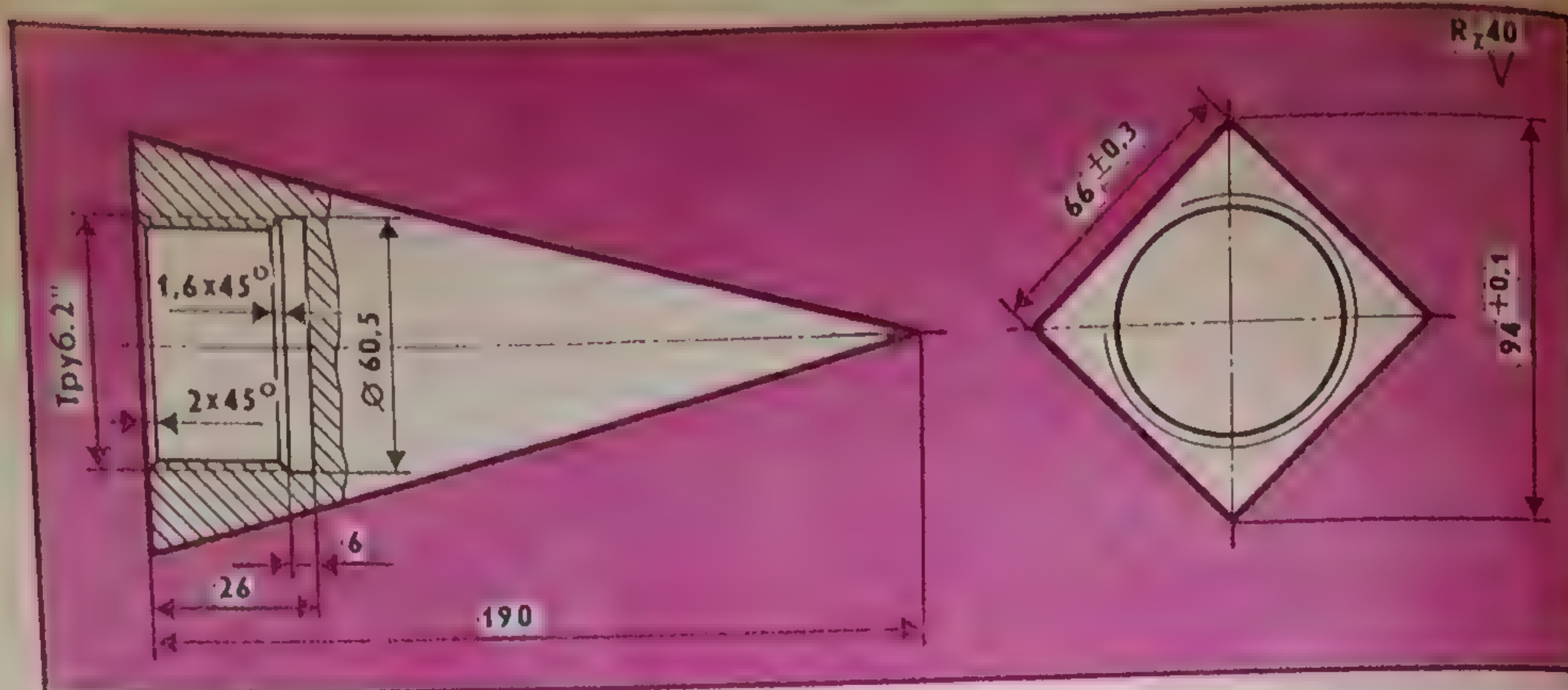
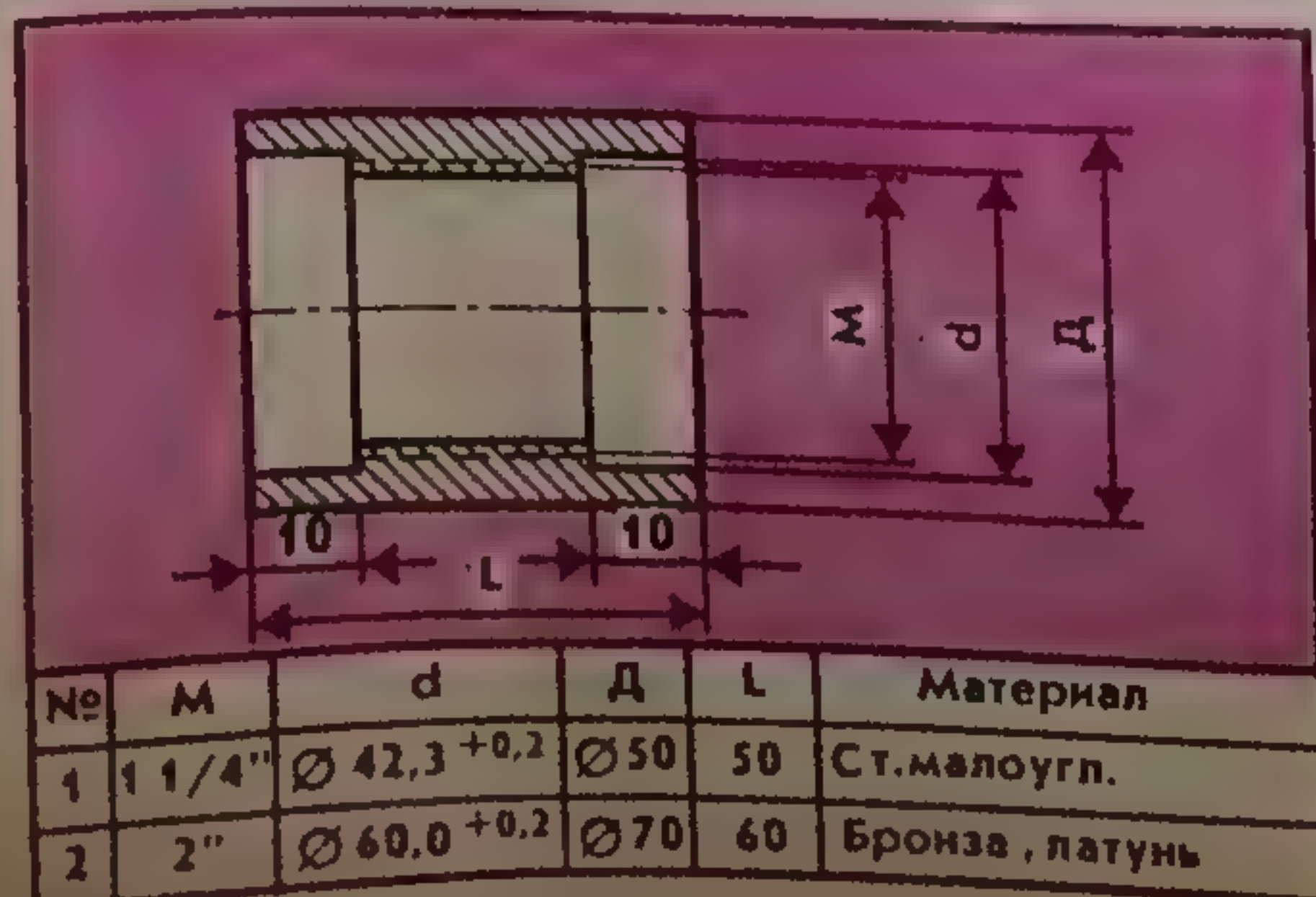


Рис. 12. Наконечник фильтра, дет. 2—1

Отстойник фильтра 2—2 служит для сбора случайно упавших в скважину предметов или крупных кусочков породы. Отстойник изготавливают из трубы $D_y=50$ длиной 0,7 м.

Водоприемная часть фильтра состоит из каркаса 2—3 и припаянной к нему специальной сетки 2—4. Опорный каркас изготавливают из трубы $D_y=50$, в которой горизонтальными рядами насверлены отверстия диаметром 14 мм. В каждом ряду просверлены 8 отверстий, равнорасположенных по окружности. Расстояние между рядами — 25 мм. Отверстия каждого последующего ряда по отношению к предыдущему смещены на 45° , в силу чего отверстия на каркасе расположены в шахматном порядке. К опорному каркасу припаивают специальную сетку, выпускаемую для этих целей по ГОСТ 2765—75 из латуни, так как ее закрепление пайкой является наиболее простым и наиболее надежным.

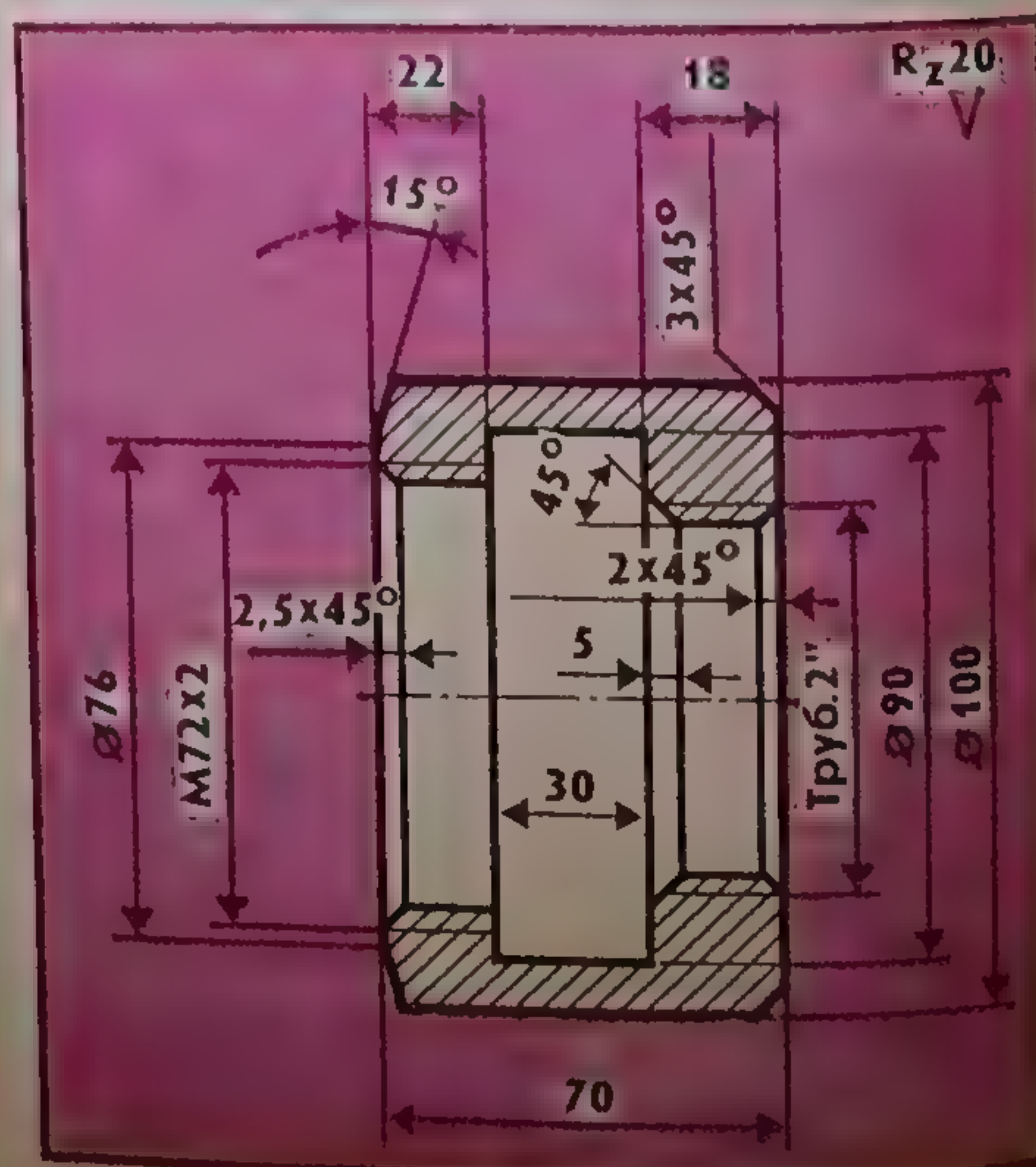
Рис. 13. Соединительные муфты: № 1 — для буровых штанг; № 2 — для фильтра



Сетку к каркасу припаивают оловом по вертикальным дорожкам, расположенным между отверстиями, а также по кольцу в верхней и нижней частях сетки. Длина водоприемной части фильтра — 1 м. Водоприемная часть соединяется с отстойником 2—2 и надфильтровой трубой 2—5 с помощью муфт 2—10 (рис. 13 за № 2). Для предотвращения отвинчивания муфт они должны быть проштифтованы. Штифты диаметром 6 мм нужно устанавливать в тех частях муфт, в которых отсутствует резьба.

Надфильтровая часть 2—5 необходима для более точной установки водоприемной части фильтра в водоносном горизон-

Рис. 14. Корпус сальника фильтра, дет. 2—6



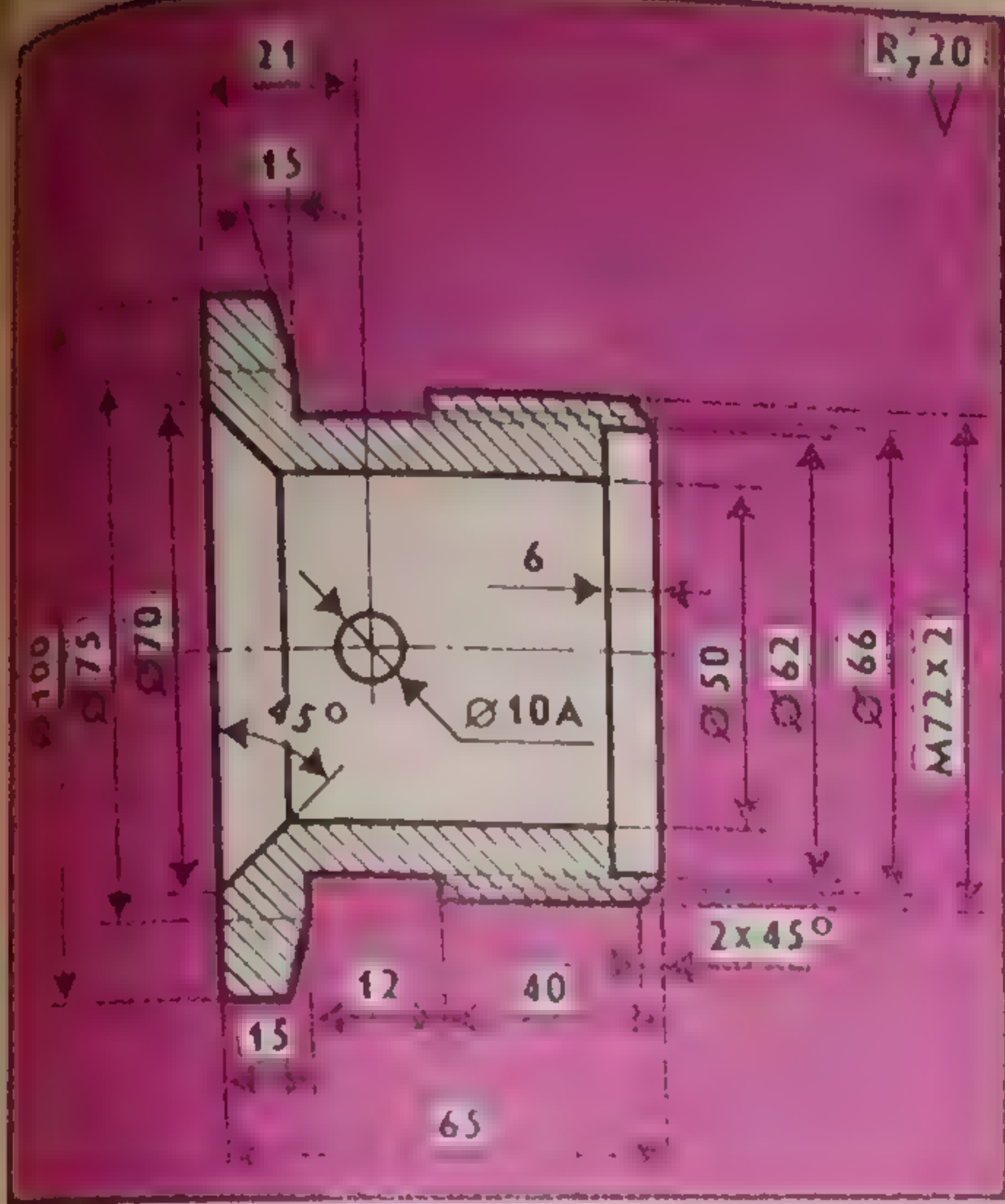


Рис. 15. Гайка корпуса сальника фильтра, дет. 2—7

те. Это особенно важно в том случае, если мощность водоносного горизонта составляет несколько десятков сантиметров.

Необходимо учесть и то обстоятельство, что сальник, препятствующий поступлению песка в скважину, надо устанавливать в трубе, не заполненной песком из водоносного горизонта, а это с гарантией можно выполнить только в том случае, если расстояние от коронки до сальника будет не менее 0,5 м. Для изготовления надфильтровой части используют трубу $D_y = 50$ длиной 1 м.

Из рис. 11 видно, что сальник фильтра состоит из корпуса 2—6 (рис. 14), гайки 2—7 (рис. 15), резинового кольца 2—8 и штифта 2—9. Корпус 2—6 и гайку 2—7 изготавливают из латуни, а штифт 2—9 из любой марки стали.

До наворачивания узла сальника на надфильтровую трубу необходимо собрать корпус сальника с гайкой и через отверстие в корпусе развальцевать край трубки, как это показано на рис. 11, после чего корпус наворачивают до упора на конец надфильтровой трубы, а выступающий конец (приблизительно 5 мм) развальцовывают через отверстие в гайке. Кроме того, для предотвращения открывания корпуса он фиксируется тремя винтами М6. Операции как по развальцовыванию гайки, так и надфильтровой трубы можно осуществить с помощью цилиндрического штыря.

Штифт 2—9 должен плотно входить в

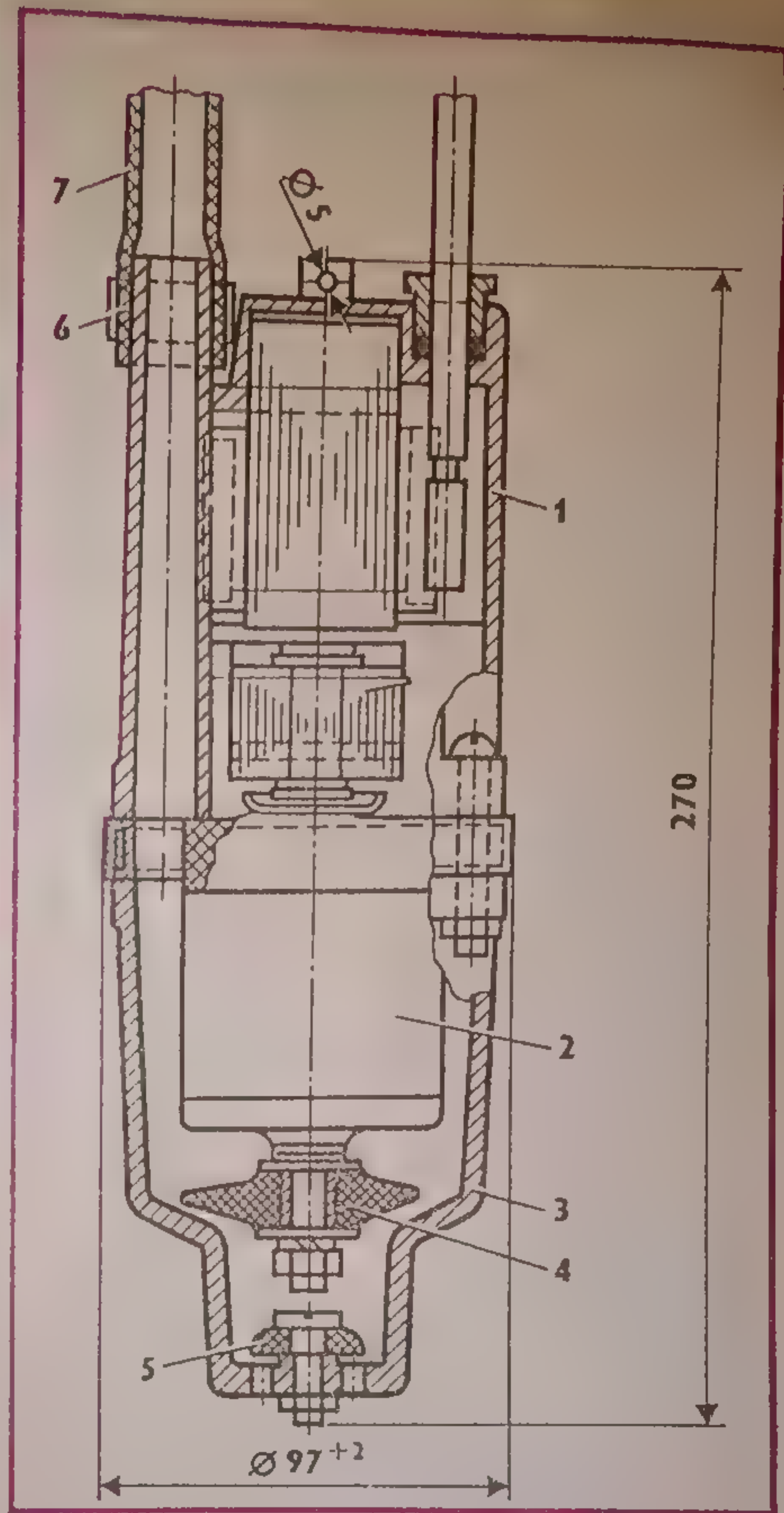


Рис. 16. Конструкция насоса «Малыш» — узла 3. 1 — ярмо; 2 — вибратор; 3 — основание; 4 — поршень; 5 — клапан; 6 — хомут; 7 — шланг

отверстие гайки. Выступающие за пределы гайки края штифта должны быть развальцованы и зачищены. Резиновое кольцо 2—8 должно быть изготовлено из эластичной резины. Его надевают через края гайки.

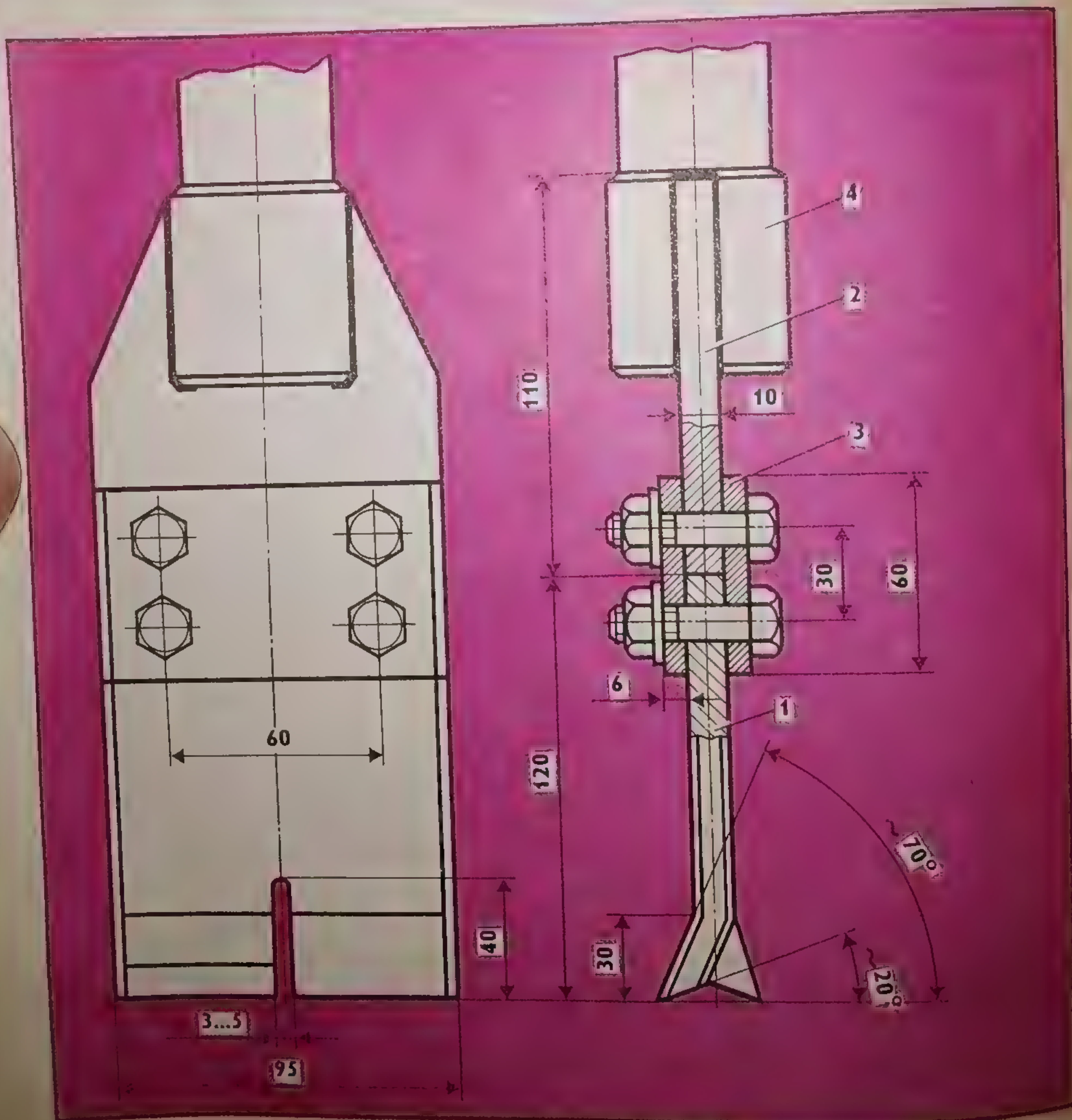
Насос — узел 3. Для откачки воды из скважины предлагается использовать насос «Малыш» (рис. 16), предназначенный для подъема пресной воды из колодцев и скважин диаметром более 100 мм. Насос рассчитан на подъем воды с глубины, не превышающей 45 м. Производительность насоса зависит от глубины, с которой производят подъем воды, и колеблется от 1500 до 350 л в час. Насос состоит из ярма 1, вибратора 2, основания 3, поршня 4, клапана 5, хомута 6, шланга 7. При дви-

жении поршня вверх клапан приподнимается и вода поступает в нагнетательную камеру насоса, а при движении поршня вниз клапан закрывается и вода по каналу между вибратором и корпусом подается в шланг 7. Охлаждение электромагнита, приводящего в движение поршень, осуществляет перекачиваемая вода, в силу чего насос при отсутствии расхода воды будет лишен охлаждения и выйдет из строя. Насос в скважине подвешивают на капроновой подвеске на расстоянии 30 см от сальника фильтра. Более подробные сведения о насосе, его подготовке к работе и обслуживанию вы узнаете из инструкции, прилагаемой к насосу.

Инструмент, приспособления и оборудование, используемые при бурении артскважины

Процесс бурения состоит в разрушении породы в забое, ограниченном внутренним пространством обсадной колонны, и подъеме разрушенной породы на поверхность. Плывуны и несвязанные пески не требуют специального инструмента для разрушения, в то время как для разрушения всех видов глин, уплотненных песчанников, известняков и других пород средней твердости применяется буровое долото.

Рис. 17. Буровое долото: 1 — режущая пластинка; 2 — пластина, соединенная сваркой с резьбовой муфтой 4; 3 — соединительные планки.



В процессе бурения могут встретиться небольшие камни из твердых пород, которые только после раздробления могут быть подняты на поверхность. Для дробления их используют зубильное долото. Поднимают на поверхность породу из забоя желонкой.

На рис. 17 представлена конструкция бурового долота. В процессе работы оно выдерживает значительные силовые нагрузки и подвержено абразивному износу, в силу чего режущую часть долота изготавливают из прочной термообработанной стали. Долото состоит из съемной режущей пластины 1, соединенной через промежуточные планки 3 с пластиной 2, в которую вварена резьбовая муфта 4. Чертеж муфты 4 приведен на рис. 13. Осталь-

ные детали необходимо выполнить в соответствии с размерами, указанными на рис. 17. Материал планок 3, пластины 2, муфты 4 — малоуглеродистая сталь.

В том случае, если буровое долото будет изготовлено в заводских условиях, для пластины могут быть использованы стали У8 или 65Г. Они должны быть термообработаны, и их твердость должна находиться в пределах $R_c = 43-48$.

Если буровое долото будете изготавливать своими силами, то для режущей пластины можно использовать кусок рессоры от большегрузного автомобиля.

Рессору отжигают при температуре $860-900^\circ\text{C}$. Охлажденную заготовку слесарным путем дорабатывают до соответствия размерам чертежа. Термообработку пластины в условиях кузнечной мастерской проводят по следующей технологии.

Пластину нагревают до 800°C , охлаждают в машинном масле и отпускают при 350°C . Окончательной операцией изготовления режущей пластины является заточка режущих кромок под углы, указанные в чертеже.

Зубильное долото отличается от бурового только тем, что пластина не имеет отогнутых кромок, а его режущую часть

Рис. 18. Конструкция желонки: 1 — корпус клапана желонки; 2 — клапан; 3 — кронштейн; 4 — регулировочный винт; 5 — корпус желонки; 6 — скоба

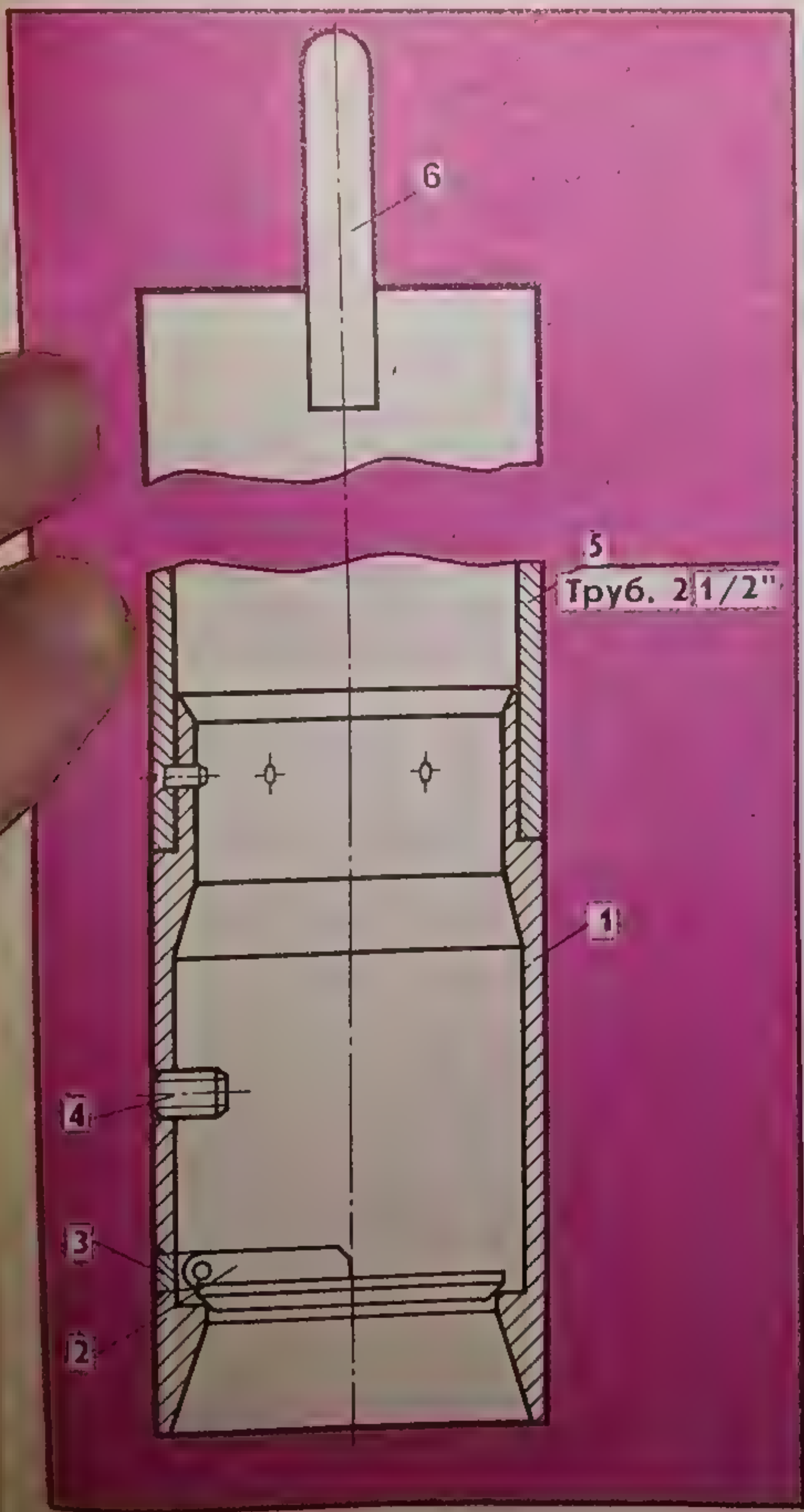
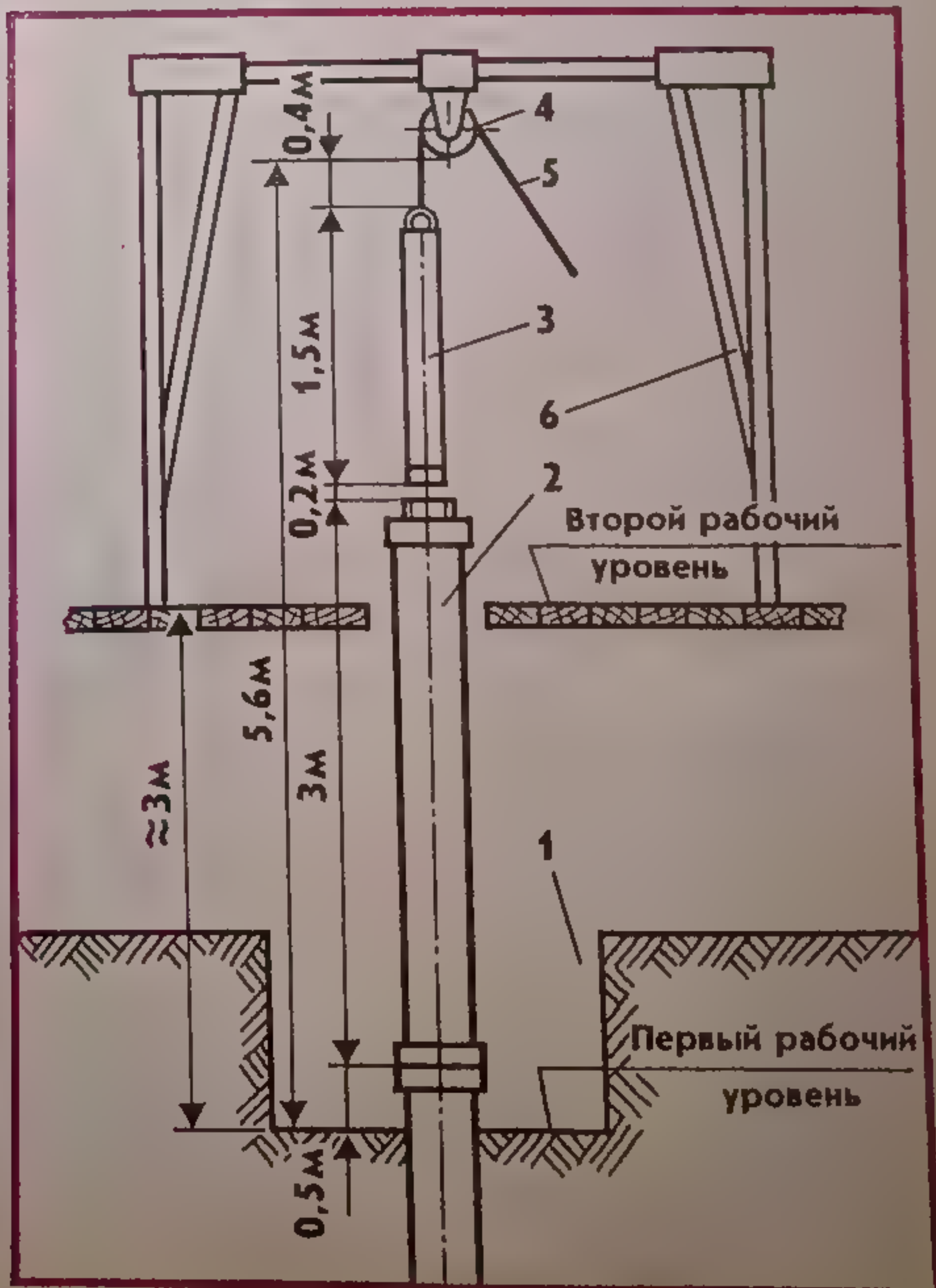


Рис. 19. Организация рабочего места при бурении артезианской скважины



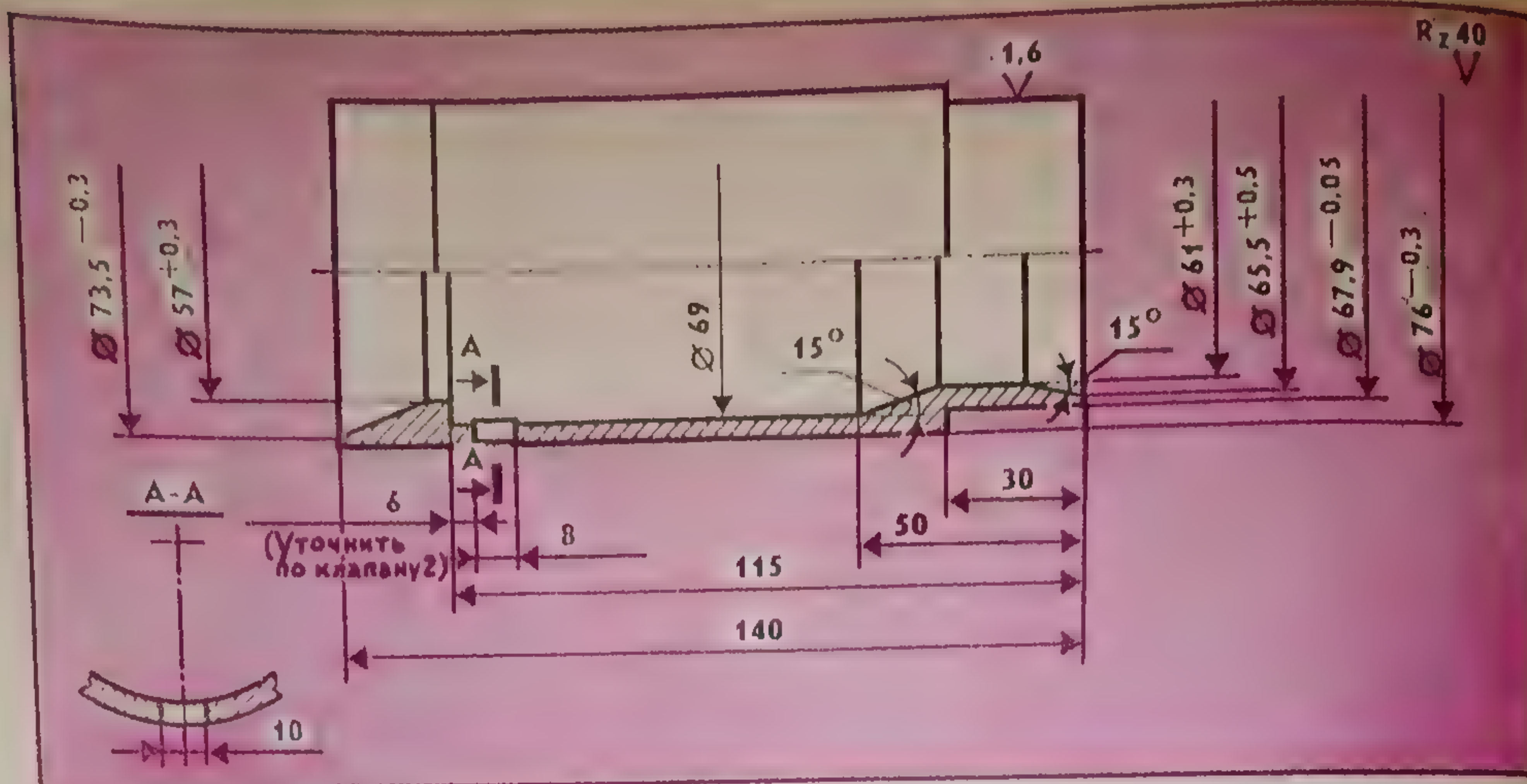


Рис. 20. Корпус клапана, дет. 1

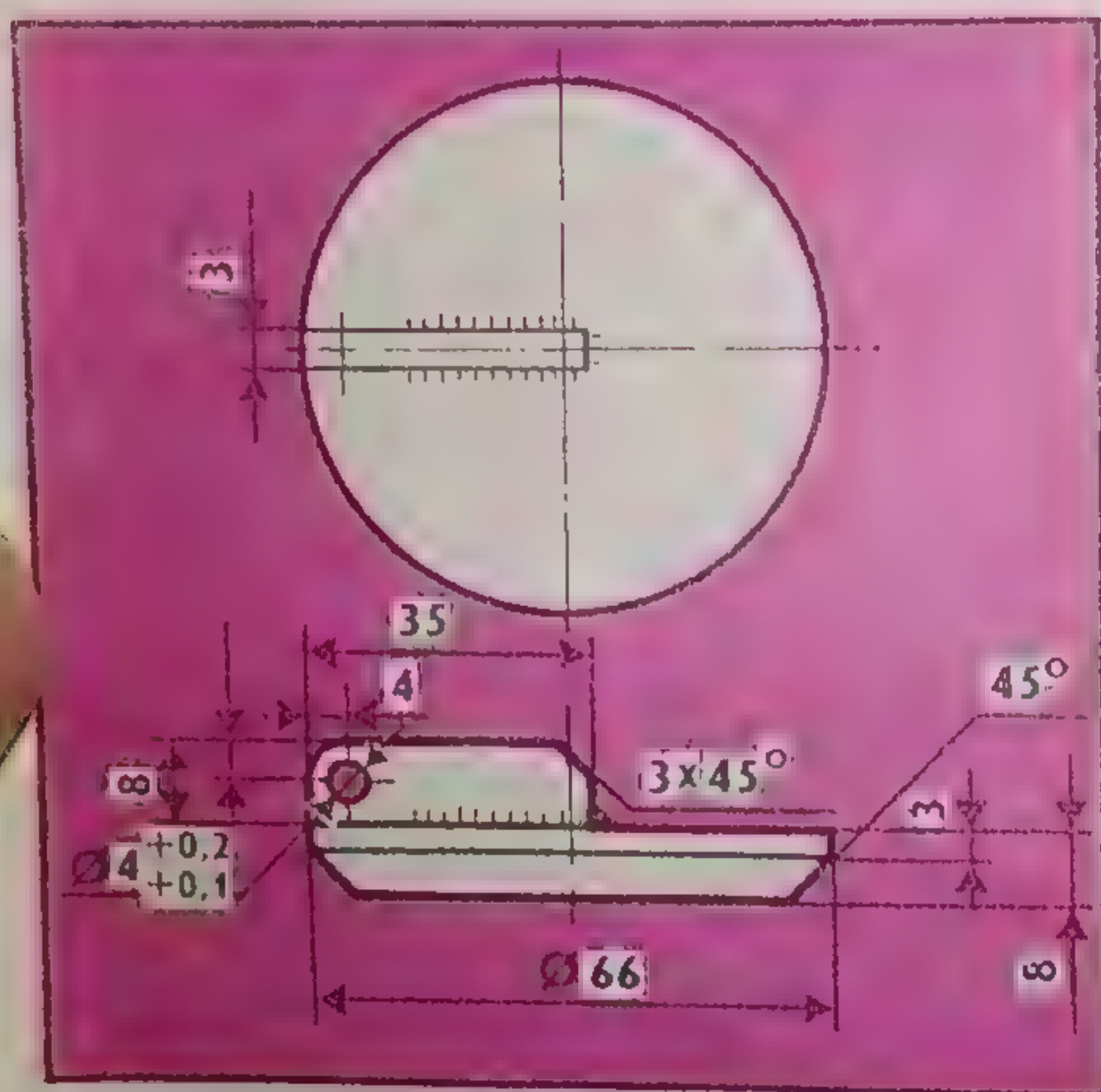
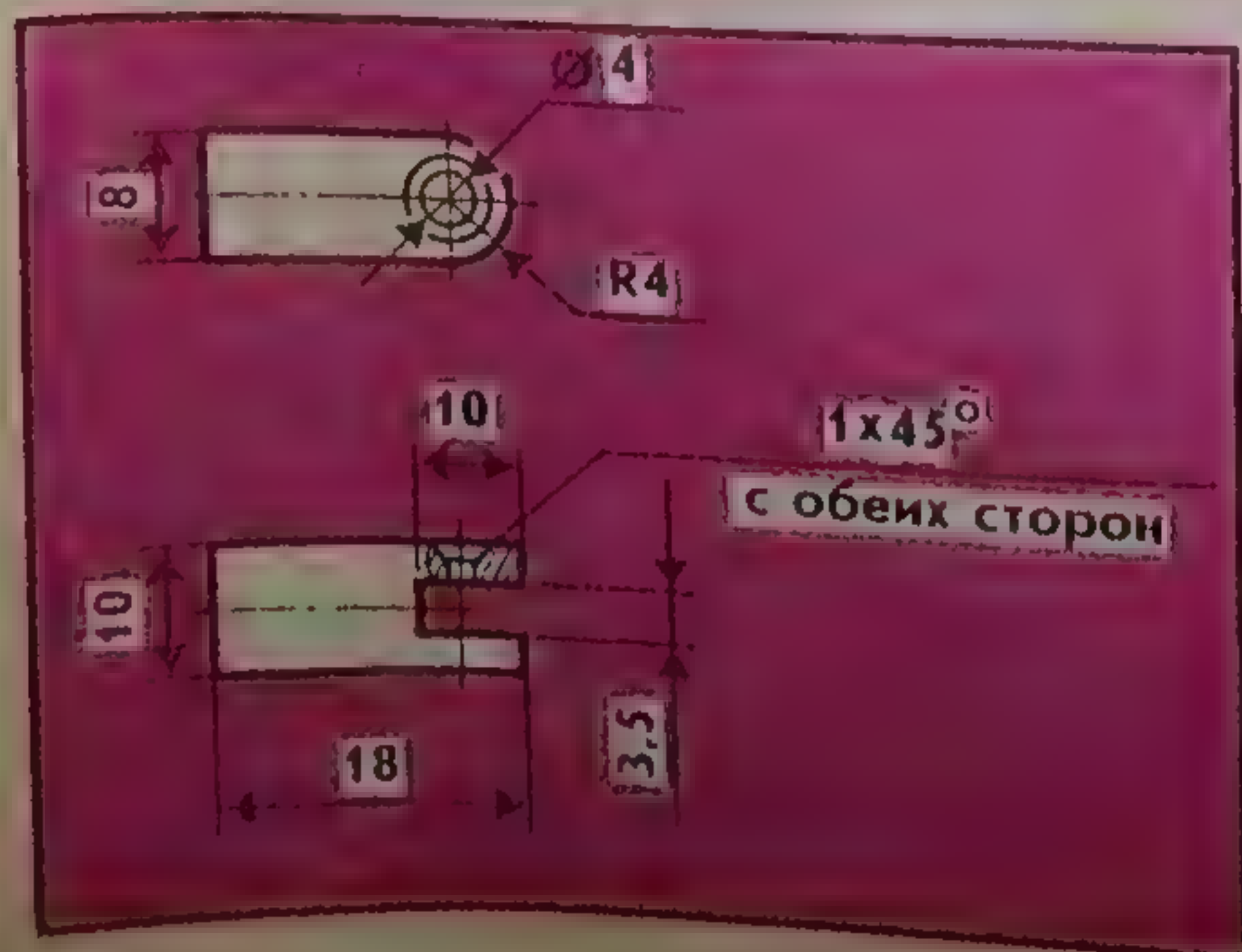


Рис. 21. Клапан, дет. 2

Рис. 22. Кронштейн, дет. 3



затачивают подобно зубилу. Угол заточки подбирается на месте в зависимости от твердости разрушаемой породы. При изготовлении зубильного долота необходимо пользоваться чертежом бурового долота, приведенным на рис. 17, внося указанные выше изменения в конструкцию пластины 1.

На рис. 18 представлена конструкция желонки. Работа желонки состоит в том, что при опускании ее в забой, заполненный водой, клапан открывается и в желонку вместе с водой заходит порода. Для закрытия клапана достаточно приподнять желонку на 10—15 см. Многократно повторяя опускание и подъем желонки, вы почувствуете, как желонка становится тяжелее, что свидетельствует о ее наполнении.

Работа желонкой производится вручную, при этом трос, на котором закреплена желонка, должен быть перекинут через блок, находящийся на высоте 5,5 м (рис. 19). Чертежи на основные детали желонки приведены на рис. 20, 21 и 22. Корпус желонки 5, сделанный из газопроводной трубы $D_y=65$ (Тр 2 1/2"), крепят к корпусу клапана 1 тремя винтами М6. Необходимым условием надежного закрепления корпуса клапана на корпусе желонки является прилегание нижнего торца корпуса желонки 5 к заплечу корпуса клапана 1. Длина полностью собранной желонки 1,2—1,5 м. Крепление желонки к тросу осуществляют за скобу 6.

Клапан 2 должен легко, без заедания вращаться в кронштейне 3. Кронштейн 3 необходимо перед приваркой выставить в

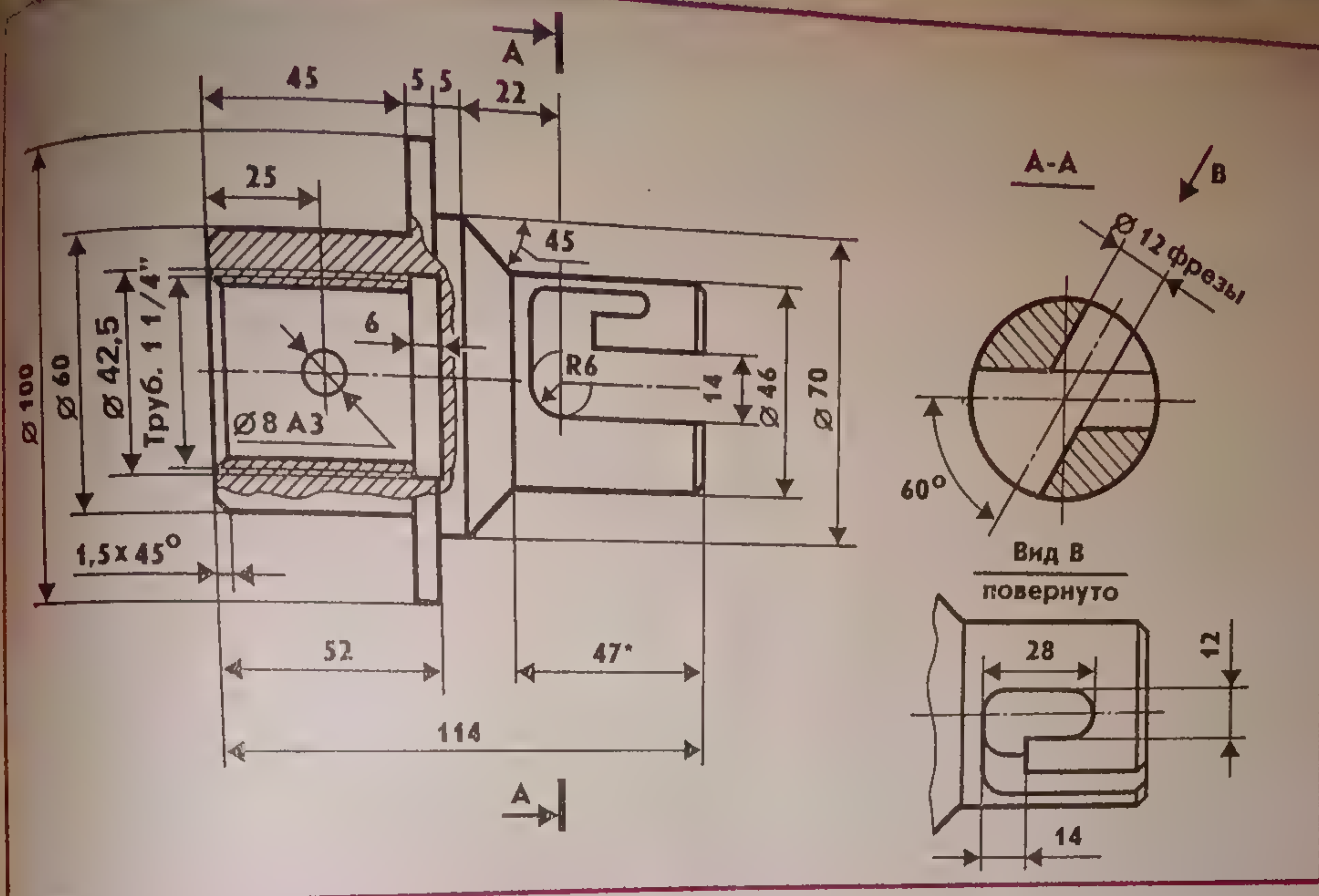


Рис. 23. Байонетный захват

гнезде корпуса клапана таким образом, чтобы клапан размещался симметрично закрываемому им отверстию и при закрытии имел контакт с корпусом по всему периметру фаски. Положение клапана фиксируют с помощью струбины и только после этого приваривают. Выступающая за пределы корпуса клапана часть кронштейна должна быть спилена и зачищена заподлицо. Винт 4 служит для регулирования величины клапана, так как при слишком большом открытии клапан может очень большом открытии закрываться. Регулирование производят следующим образом: в бочку с водой засыпают несколько ведер песка, чем имитируется забой. Винт 4 с резьбой М6 на всей длине вворачивают до тех пор, пока клапан 2 не будет устойчиво закрываться при подъеме желонки. Выступающую за пределы корпуса клапана часть винта спиливают и раскрасклавляют. Все детали желонки необходимо выполнять из малоуглеродистых сталей.

При работе буровым и зубильным долотами последние закрепляют на колонне буровых штанг. Для изготовления буровых штанг используются газопроводные трубы диаметром $D_y=32$ (Тр 1 1/4"), длиной 2,5—3 м, на концах которых нарезана газовая резьба.

Подъем и опускание фильтра в забой

производят также с помощью буровых штанг. Для крепления фильтра к буровым штангам на нижнюю буровую штангу навертывают байонетный захват (рис. 23). Материал для изготовления байонетного захвата — сталь любой марки.

Отдельные штанги соединяют между собой резьбовыми муфтами, представленными на рис. 13. Материал для изготовления резьбовых муфт — сталь любой марки. Подъем и опускание буровых штанг в забой производят вручную. Соединение и разъединение отдельных штанг осуществ-

Рис. 24. Упорная шайба

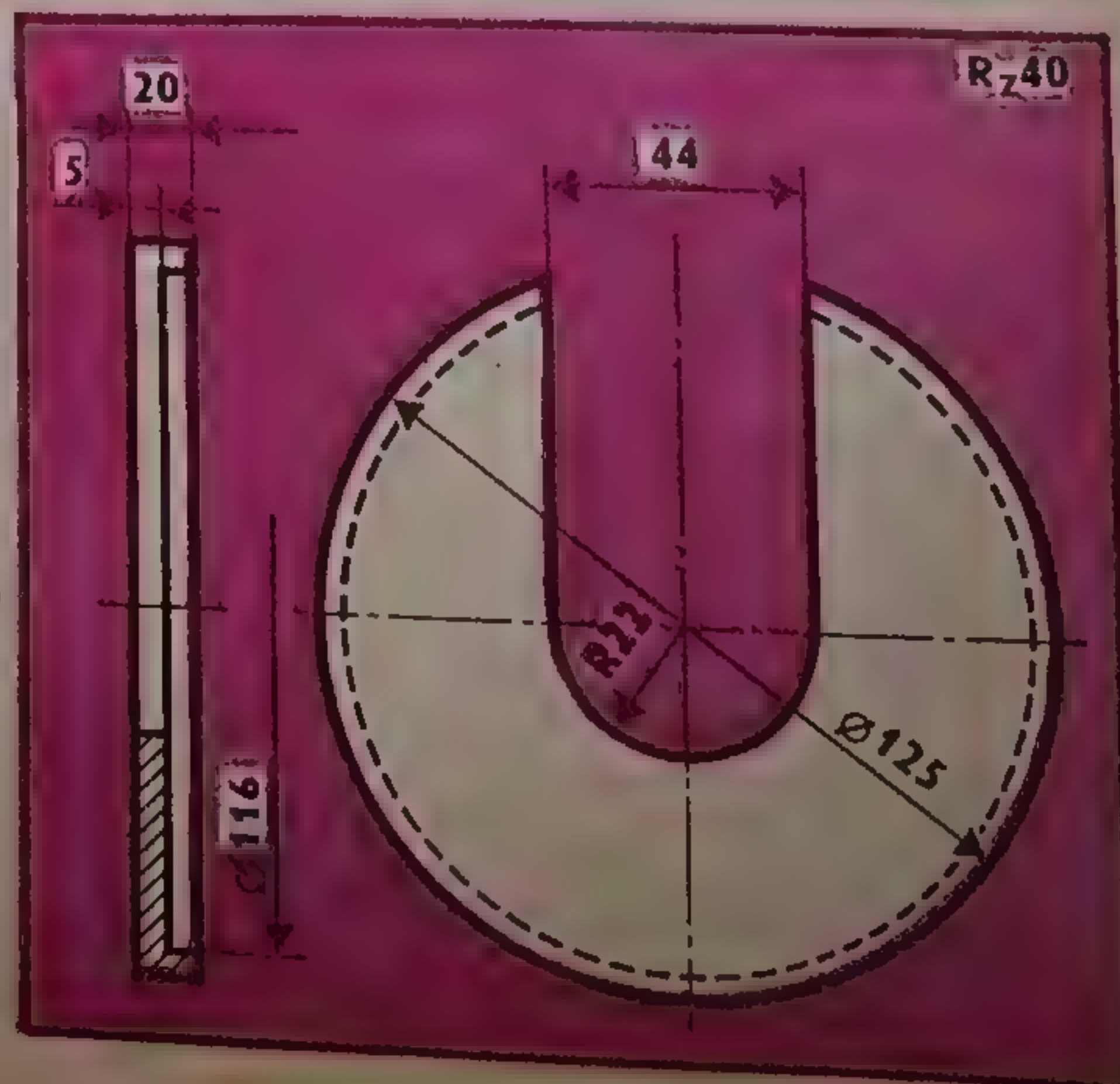
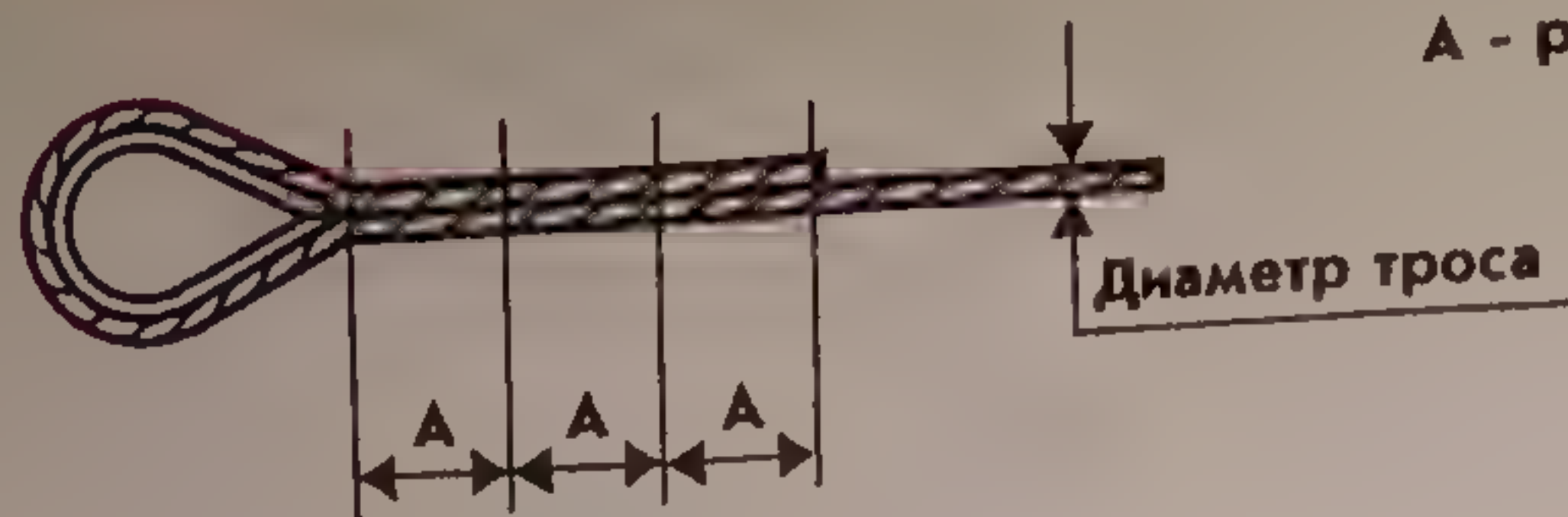
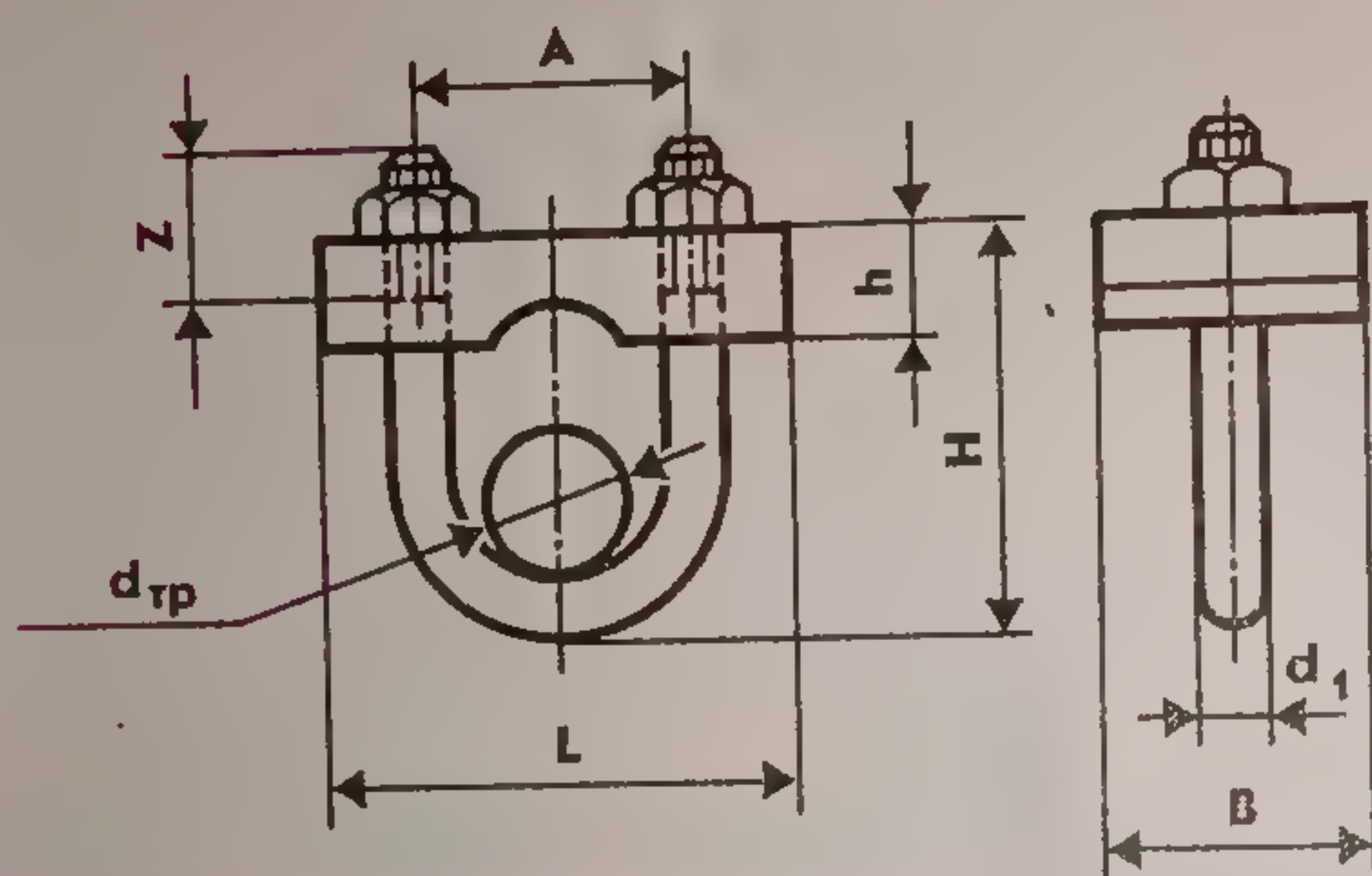


Схема установки зажимов для тросов, диаметр от 6,5 до 11 мм
 $A \geq 6$ диаметров троса
 A - расстояние между зажимами



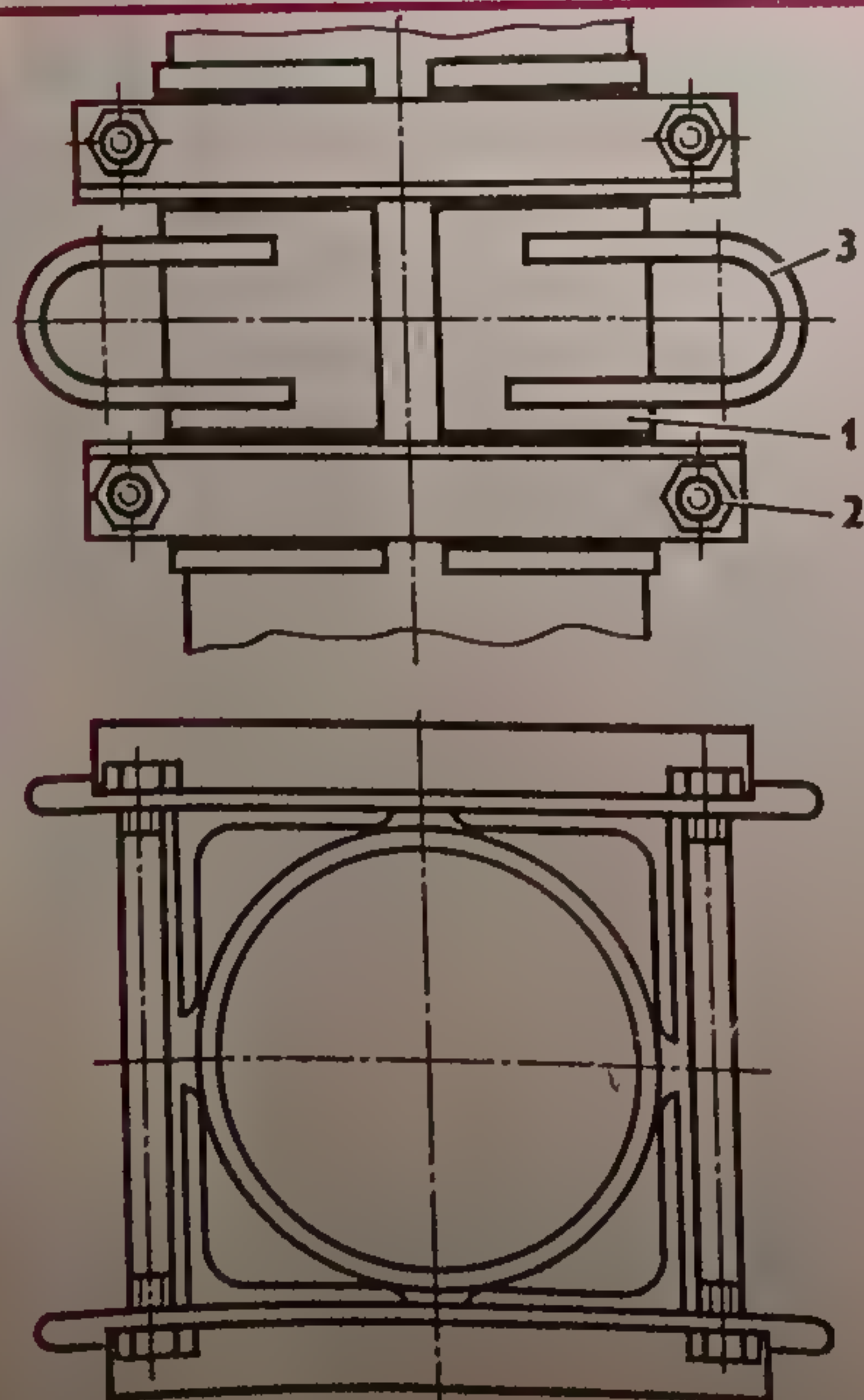
Зажимы планочные для тросов, диаметром от 8,5 до 11 мм



$d = 10 \text{ мм}$
 $A = 22 \text{ мм}$
 $H = 55 \text{ мм}$
 $L = 45 \text{ мм}$
 $B = 25 \text{ мм}$
 $h = 20 \text{ мм}$
 $Z = 19 \text{ мм}$

Рис. 25. Схема установки и конструкция планочных зажимов для тросов

Рис. 26. Зажимное приспособление: 1 — рамка; 2 — шпилька; 3 — проушина



ляют с применением упорной шайбы (рис. 24), которую устанавливают на верхнем конце любого звена обсадной колонны. Упорная шайба имеет прорезь, ширина которой меньше диаметра муфты, в силу чего собранная часть штанги из буровых труб повисает на муфте и дает возможность присоединить следующее звено. Аналогичным образом с помощью упорной шайбы производят и разборку штанги при ее выемке из скважины. Материал для изготовления упорной шайбы — сталь любой марки.

К стальному канату, используемому при бурении скважины вручную, предъявляют следующие требования: канат не должен иметь узлов, рваных прядей или проволочек, торчащих из него; диаметр каната должен быть равен 9—10 мм; зажимы должны быть стандартными, соответствовать диаметру каната и быть установлены в соответствии со схемой (рис. 25).

Для желонки целесообразно использо-

вать отдельный канат. В процессе сооружения буровой скважины в ряде случаев приходится поднимать собранную колонну обсадных труб, а также выдергивать ранее забитый в грунт фильтр. Эти операции выполняются с помощью тали. При сооружении буровой скважины глубиной менее 10 м грузоподъемность тали должна быть не менее 1 т, а при сооружении скважины глубиной более 10 м — не менее 2 т.

Для подъема, опускания и проворота колонны обсадных труб служит зажимное приспособление, изображенное на рис. 26. Зажимное приспособление состоит из двух рамок, сваренных из угольника и скрепленных между собой четырьмя шпильками диаметром 10 мм. В проушины 3 зажимного приспособления, выполненные из прутка диаметром 10 мм, вставляют трубы $D_y=32$ (Тр 1 1/4") длиной около 1 м, которые могут служить как для проворота обсадной колонны в скважине при ее заглублении или подъеме, так и опорами, предохраняющими колонну от самопогружения в грунт.

Технология бурения артскважины, нахождение водоносного горизонта, установка фильтра и откачка скважины

Ранее чем производить бурение на воду, необходимо знать, на каких глубинах расположены водоносные горизонты, какова их мощность, дебит, вкусовые качества, породы, которые предстоит разбуривать. Эти данные известны специалистам, которые постоянно занимаются ремонтом и сооружением колодцев в вашей местности. Другим не менее важным этапом подготовительных работ является организация рабочего места с учетом того, что все операции, в том числе и свинчивание трехметровых звеньев обсадной колонны, будут производиться вручную.

Если скважину будете сооружать в прямке, расположенном под домом, первым уровнем рабочей площадки будет являться пол прямки. Вторым уровнем будет пол чердака. На втором уровне должен быть настил, на который устанавливаются козлы с талью и блоком, как это представлено на рис. 19.

Если скважину будете сооружать вне помещения, то леса, образующие второй уровень, должны быть расположены выше первого уровня на 2,5 м, хорошо укреплены и иметь ограждение. Размеры рабочей

площадки должны быть достаточными для размещения на ней козел с талью и блоком и двух рабочих.

При бурении скважины необходимо производить расчеты, связанные с определением положения бурового инструмента в обсадной колонне, не допуская его выхода за пределы коронки. С этой целью колонна обсадных труб должна быть собрана и размечена, начиная от коронки. Между метровыми отметками, обозначенными цифрами, должны быть нанесены отметки через каждые 25 см. Аналогичным образом необходимо поступить и со штангами. Длина каждого бурового инструмента должна быть известна и в расчетах учитываться.

Разметка троса, на котором опускается желонка в забой, производится следующим образом: перед опусканием желонки в забой определяют максимальную глубину, на которую она должна опуститься, и к тросу привязывают ленточку яркого цвета, пропуская ее под одну из прядей троса. По мере наращивания звеньев обсадной колонны ленточка передвигается.

В место, предназначенное для бурения скважины, вбивают трубу диаметром 0,4—0,6 м на глубину 0,4—0,5 м. Это предохранит скважину от обрушения при первоначальном этапе забуривания. В качестве такой трубы может быть использован старый бельевой бак, из которого удалено дно.

Забуривание скважины производят садовым буром с диаметром 200—250 мм. Покупной бур имеет короткую ручку, и для использования его в качестве бурильного инструмента он должен быть доработан. Доработка состоит в том, что часть ручки должна быть удалена и на ее место приварен кусок газопроводной трубы с резьбой 3/4". По мере заглубления забоя бур наращивают штангами, изготовленными из газопроводных труб $D_y=20$ длиной 3 м. Штанги должны быть соединены между собой и с буром стальными муфтами. Использование чугунных муфт не может быть рекомендовано, так как под нагрузкой они могут дать трещину, в силу чего бур останется в забое. При бурении мягких пород забуривание производят на максимально возможную глубину, вплоть до первого водоносного горизонта, когда грунт не будет удерживаться на буре. При бурении пород средней твердости — на глубину, на которой бур еще в состоянии разрушать породу. В ряде случаев породу целесообразно разрушать бу-

ровым и зубильным долотами, а саму разрушенную породу поднимать на поверхность буром.

В пробуренную скважину устанавливают первое звено обсадной колонны, оснащенное буровой коронкой. Для этого на расстоянии полуметра от верхней полумуфты первого звена устанавливают зажимное приспособление, которое изображено на рис. 26. Опускание звена в скважину осуществляют талью. В том случае, если глубина забуренной скважины более 2,5 м, первое звено зависнет на трубах зажимного приспособления и потребуются наращивание второго звена. С этой целью один из работающих располагается на первом уровне и направляет резьбовое гнездо нижней полумуфты второго звена на резьбовой конец верхней полумуфты первого звена. В это время двое работающих, находящихся на площадке второго уровня, удерживают второе звено и выполняют команды работающего на первом уровне. На верхний конец второго звена монтируют еще одно зажимное приспособление, за которое собранные звенья поднимают талью; зажимное приспособление с первого звена снимают и собранные звенья опускают на дно забоя.

Звенья, опущенные в забой, должны быть установлены в вертикальном положении.

Как было сказано выше, предварительное забуривание производят садовым буром без фиксированного направления, в силу чего возможно искривление скважины. Когда диаметра пробуренной скважины обсадной колонны будет достаточно для установки опущенных в забой звеньев обсадной колонны в вертикальном положении, необходимо обрушить выступающие стенки скважины.

Установку звеньев колонны в вертикальное положение производят по уровням, устанавливаемым на поверхности выступающей части верхнего звена во взаимно перпендикулярных направлениях. Колонну в вертикальном положении фиксируют с помощью кондуктора — устройства, не допускающего смещения верхней части колонны. Он может быть выполнен как из металла, так и из дерева, но при его устройстве должны быть соблюдены два условия: он должен быть жестко закреплен и не иметь смещений во время сооружения скважины и размер отверстия, через которое должны проходить полумуфты, не должен превышать размер полумуфт более чем на 3 мм.

Бурение песка и плывуна производят

желонкой. Желонка при заборе породы не должна выходить за пределы коронки. Заглубление обсадной колонны, как правило, происходит при ее проворачивании, но может происходить и самопроизвольно. Во время проворачивания обсадной колонны желонка должна быть поднята из забоя. Проворачивание обсадной колонны (имеется в виду уже собранной части) осуществляют цепными ключами или при помощи зажимного приспособления, изображенного на рис. 26. При бурении песков, в случае их недостаточной подвижности, в скважину заливают воду.

При бурении глин и суглинков необходимо, чтобы разрушенные в забое породы были приведены в состояние текучести, с тем чтобы они могли заполнять желонку. Для этого с помощью бурового долота глину настругивают, измельчают и перемешивают с водой, после чего желонкой поднимают на поверхность. Если забой недостаточно увлажнен, в него добавляют воду. Желонка при выемке грунта не должна выходить за пределы коронки.

Бурение пород средней твердости принципиально не отличается от бурения глин и суглинков. В том случае, если буримые породы являются промытыми и плохо заполняют желонку, целесообразно в скважину добавлять кусочки жирной глины.

Водоносный горизонт, как правило, представлен хорошо промытыми среднезернистыми или крупнозернистыми песками, иногда с примесью мелкой гальки. Но далеко не каждая порода, состоящая из среднезернистых или крупнозернистых песков, водоносна. Основным признаком водоносности горизонта является почти мгновенное поглощение вливаемой в скважину воды вне зависимости от ее количества. Таким образом, для определения водоносного горизонта необходимо извлечь из забоя желонку и, приготовив 5—10 ведер воды, быстро влить их в обсадную колонну. Если вам удастся наполнить колонну, то это свидетельствует о том, что исследуемый вами горизонт не является водоносным.

В том случае, если горизонт окажется водоносным, вам необходимо установить фильтр. Особую сложность представляет установка фильтра в водоносный горизонт, мощность которого меньше высоты или равна высоте водоприемной части фильтра.

Для уяснения методики расчета положения водоприемной части фильтра по

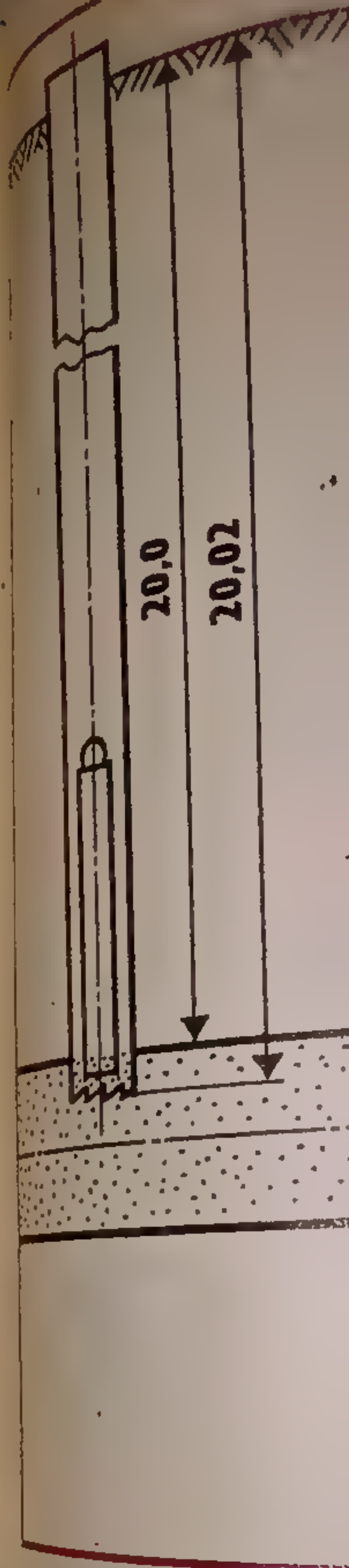


Рис. 27. Расчетная схема водоприемной части фильтра

отношению к водоносному горизонту. Водоносный горизонт, как правило, представлен хорошо промытыми среднезернистыми или крупнозернистыми песками, иногда с примесью мелкой гальки. Но далеко не каждая порода, состоящая из среднезернистых или крупнозернистых песков, водоносна. Основным признаком водоносности горизонта является почти мгновенное поглощение вливаемой в скважину воды вне зависимости от ее количества. Таким образом, для определения водоносного горизонта необходимо извлечь из забоя желонку и, приготовив 5—10 ведер воды, быстро влить их в обсадную колонну. Если вам удастся наполнить колонну, то это свидетельствует о том, что исследуемый вами горизонт не является водоносным.

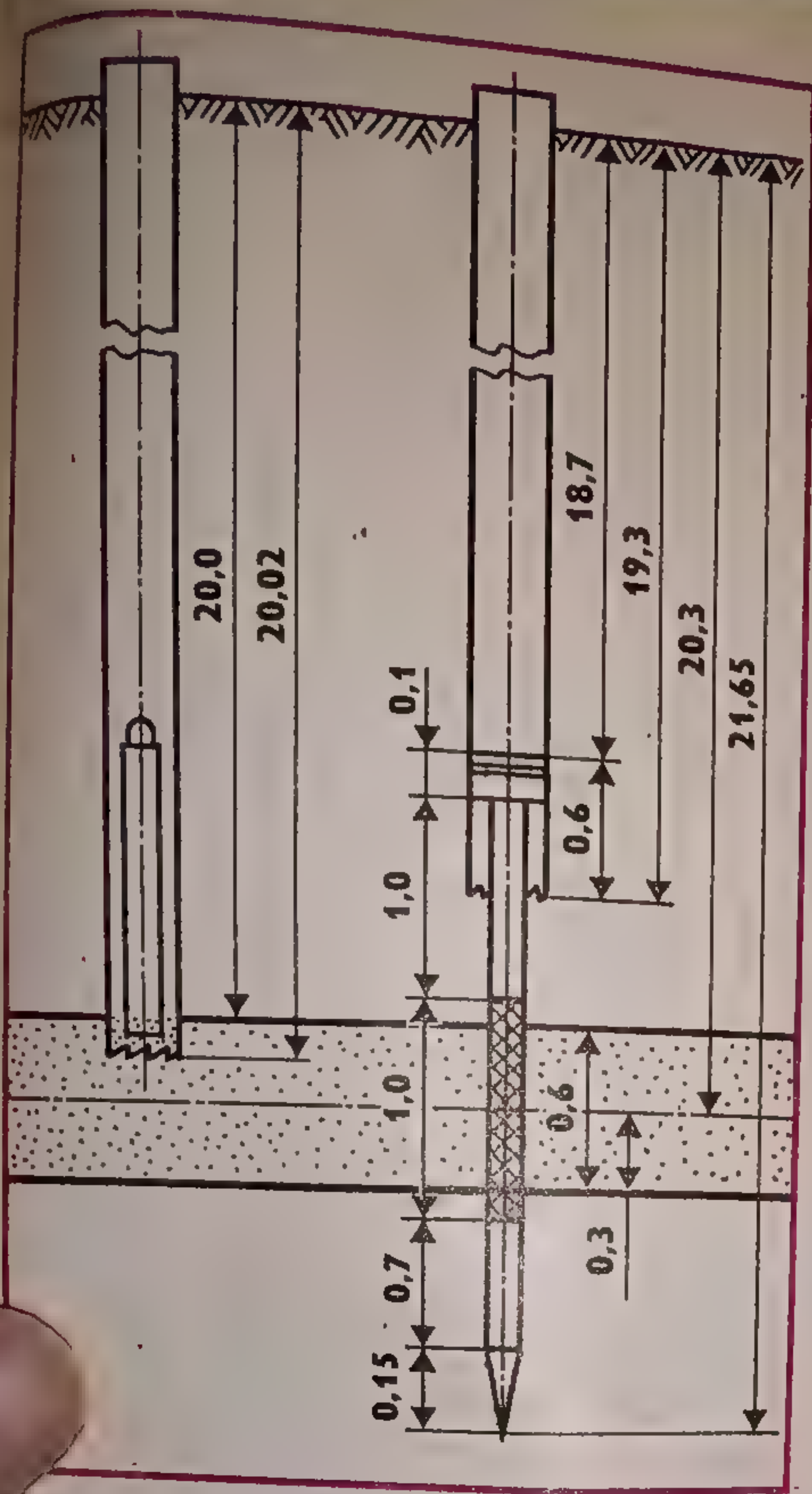


Рис. 27. Расчетная схема установки фильтра в водоносный горизонт, мощность которого меньше длины водоприемной части фильтра

отношению к водоносному горизонту разберем следующий пример (рис. 27).

Водоприемную часть фильтра с фильтрующей сметкой располагают в средней части фильтра, ее длина 1000 мм. Фильтр должен быть установлен таким образом, чтобы водоприемная часть полностью перекрыла водоносный слой и располагалась симметрично к нему. Верхняя граница водоносного горизонта, обнаруженная при подъеме породы желонкой, находится на глубине 20 м. Путем замера длины колонны, ушедшей в грунт, установлено, что колонна заглублена на 20,2 м. Водоносный слой имеет мощность 0,6 м.

Решение. Фильтр имеет длину 2,95 м, из которых наконечник фильтра имеет длину 0,15 м; отстойник — 0,7 м; водоприемная часть — 1,0 м; надфильтровая труба — 1,0 м; сальник — 0,1 м.

Середина водоносного слоя будет располагаться на глубине $20 \text{ м} + 0,6 \text{ м} : 2 = 20,3 \text{ м}$, где 20 м — верхняя граница водоносного горизонта; $0,6 \text{ м} : 2$ — мощность водоносного слоя, находящаяся ниже верхней границы водоносного горизонта. Глубина, на которой находится середина водоносного слоя, должна соответствовать глубине, на которой находится середина водоприемной части фильтра, и составляет 20,3 м. Верхняя часть сальника фильтра должна находиться на глубине $20,3 \text{ м} - 1,0 : 2 - 1,0 \text{ м} - 0,1 \text{ м} = 18,7 \text{ м}$, где $1,0 \text{ м} : 2$ — длина водоприемной части фильтра, находящейся выше середины водоносного слоя; 1,0 м — длина надфильтровой трубы; 0,1 м — длина сальника.

Аналогичным способом вычисляем глубину, на которой должен находиться наконечник фильтра.

$20,3 \text{ м} + 1,0 \text{ м} : 2 + 0,7 \text{ м} + 0,15 \text{ м} = 21,65 \text{ м}$, где $1,0 \text{ м} : 2$ — длина водоприемной части фильтра, находящейся ниже середины водоносного слоя; 0,7 м — длина отстойника; 0,15 м — длина наконечника фильтра. Таким образом, нами определено положение фильтра, исходя из того, что середина водоносного слоя соответствует середине водоприемной части фильтра: верхняя часть сальника фильтра должна находиться на глубине 18,7 м, а нижняя часть наконечника фильтра — на глубине 21,65 м. Как показано на рис. 27, сальник фильтра расположен в колонне обсадных труб на расстоянии 0,6 м от коронки, из которых 0,1 м занимает сальник и 0,5 м — надфильтровая труба. Коронка обсадной колонны должна располагаться на глубине $18,7 \text{ м} + 0,6 \text{ м} = 19,3 \text{ м}$. Фактически коронка обсадной колонны находится на глубине 20,2 м, следовательно, она должна быть поднята на $20,2 \text{ м} - 19,3 \text{ м} = 0,9 \text{ м}$.

Подъем колонны осуществляют следующим образом. На верхнее звено колонны надевают зажимное приспособление, к которому закрепляется трос от тали. На первом рабочем уровне закрепляется еще одно зажимное приспособление, с помощью которого двое работающих при постоянном натяжении троса должны переворачивать колонну по часовой стрелке. После достижения необходимой высоты подъема колонны, не ослабляя натяжения троса, зажимное приспособление, смонтированное на первом рабочем уровне, должно быть опущено на дно приямка и вновь закреплено на колонне для удержания ее в этом положении, после чего с верхнего

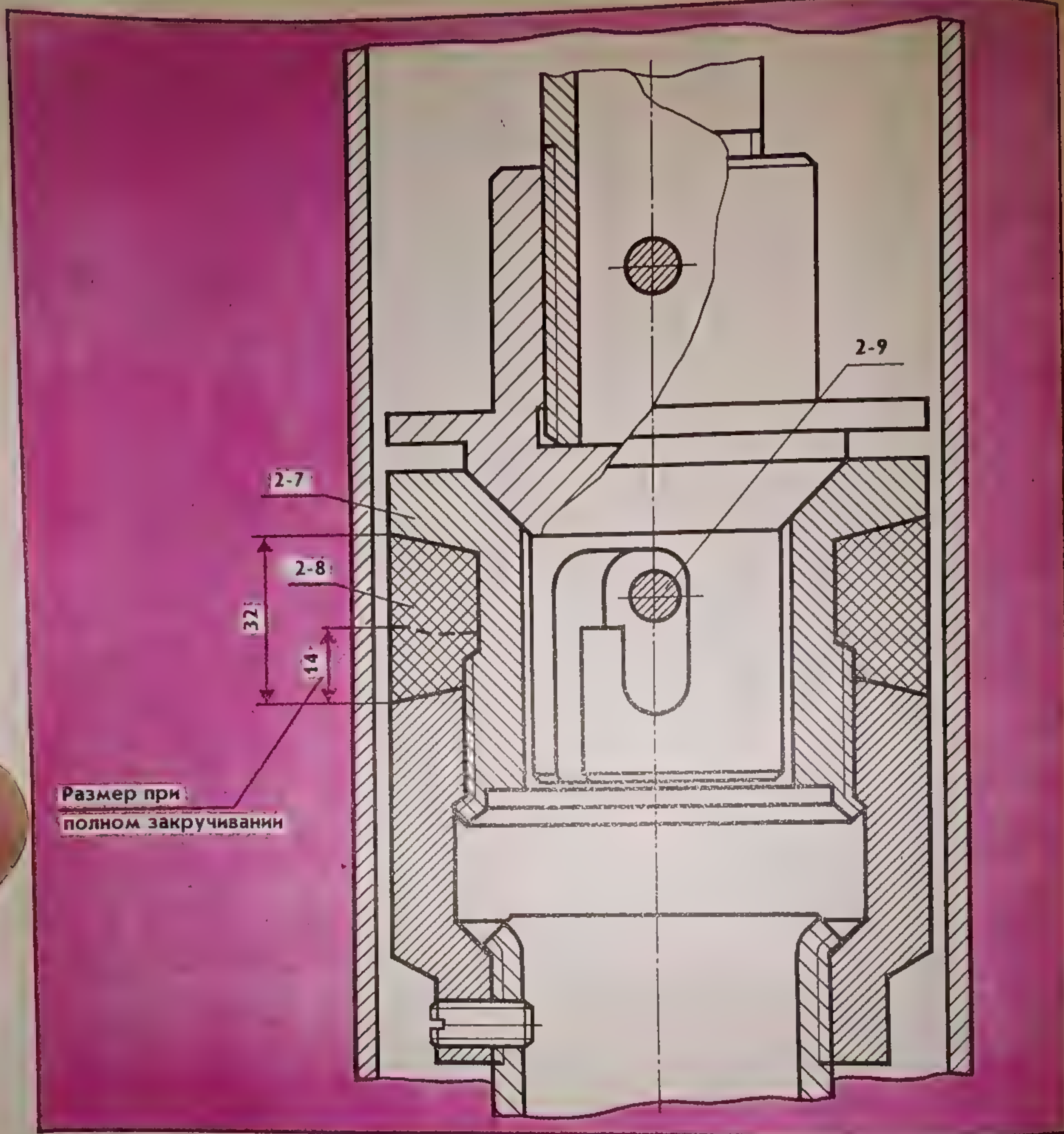


Рис. 28. Взаимное расположение сальника фильтра и байонетного захвата в момент забивания фильтра

звена колонны снимают зажимное приспособление.

При установке фильтра могут встретиться твердые породы или отдельные камни, что может привести к повреждению достаточно нежной сетки, а также деформации водоприемной части фильтра, ослабленной за счет отверстий, просверленных для прохода воды.

Поэтому целесообразно вести установку, а вернее, забивку фильтра в предварительно образованное в породе гнездо инструментом, имеющим большую жест-

кость, чем фильтр. Если в фильтре заменить водоприемную часть на отрезок газопроводной трубы и снять с него резиновое уплотнительное кольцо, то им можно воспользоваться как инструментом для образования гнезда под фильтр.

Такой инструмент в дальнейшем будем называть макетом фильтра. На рис. 28 изображены сальник фильтра и байонетный захват, закрепляемый на буровых штангах. Чертеж байонетного захвата приводится на рис. 23. Ознакомившись с этими чертежами, вам будет ясно, что в расточку гайки 2—7, в которой располагается штифт 2—9, введен хвостовик байонетного захвата и сам байонетный захват повернут на угол 60° . Необходимо

...внимательно следить за тем, чтобы между штифтом и гайкой фильтра не было зазора. В вертикальном положении макета фильтр передается в водоприемную часть гайки. После подъема фильтра фиксирующая гайка фиксирует макет.

Установку последующей колонны производят по той же схеме, что и предыдущую. При этом на буровых штангах не вынимают колонны на 2-метровую глубину. Для этого используют старую колонну на трубу буровых штангов $D_y=50$, для которой приваривают симметричные кольца диаметром 30—40 мм. При этом трубой, которая имеет высоту 0,4 м, режут каждые 3 м и спускаем макет на глубину.

Дальнейшая установка фильтра должна производиться в сроки, указанные в макете фильтра. Поверхность, на которой установлен фильтр, должна быть чистой. Остальные операции должны производиться в соответствии с инструкцией по эксплуатации буровых штангов. При этом не допускается.

После доставки макета фильтра на место установки гайка 2—7 должна быть установлена в расточку гайки 2—7. При этом необходимо следить за тем, чтобы гайка 2—7 была установлена в расточку гайки 2—7.

обратить внимание, что в этом положении между штифтом 2—9, принадлежащим гайке фильтра, и байонетным захватом в вертикальном направлении имеются значительные зазоры, в силу чего при забивке макета фильтра и впоследствии самого фильтра усилие со штанги на фильтр передается не через штифт, а с конусной части наконечника на конусную часть гайки фильтра. При опускании и подъеме фильтр висит на штифте, который фиксируют в выемке байонетного захвата.

Установку фильтра производят в следующей последовательности: на буровую штангу навинчивают байонетный захват, на который навешивают макет фильтра. Нарращивая буровые штанги, макет фильтра опускают на дно скважины. Нарращивание буровых штанг ведут до тех пор, пока они не выйдут за пределы обсадной колонны на 2—2,5 м. На верхнюю часть обсадной колонны надевают колпак с отверстием по центру для прохода буровых штанг. Для этой цели можно использовать старую кастрюлю, плотно надеваемую на трубу. На выступающий конец буровых штанг надевают трубу с диаметром $D_y=50$, длиной 1 м, к верхнему концу которой приварена площадка. На площадке симметрично трубе закреплен груз весом 30—40 кг (например, двухпудовая гиря). Приподнимая через блок груз с трубой, которая дает направление удару, на высоту 0,4—0,5 м и проворачивая через каждые 3—5 ударов буровые штанги, опускаем макет фильтра до требуемой глубины.

Дальнейшие работы по установке фильтра должны вестись в максимально сжатые сроки.

Макет фильтра должен быть поднят на поверхность, разобран и вместо него собран фильтр в соответствии с рис. 11. Все остальные операции по установке фильтра должны быть проделаны аналогично операциям по установке макета фильтра, за исключением того, что вращение буровых штанг при забивке фильтра осуществляют не по часовой, а против часовой стрелки.

После достижения требуемой глубины забивки фильтра необходимо сжать уплотнительное кольцо сальника 2—8, для чего гайка 2—7 должна быть завернута до отказа по часовой стрелке. Учитывая, что при установке фильтра штанги вращают как в правую, так и в левую сторону, необходимо проследить за тем, чтобы все муфты были заштифтованы и не могли

отвернуться. Откачку можно производить насосом «Малыш», устанавливаемым в скважине в соответствии с инструкцией.

Наиболее часто встречающаяся трудность — заклинивание желонки в обсадной колонне. Для освобождения желонки необходимо залить колонну водой и, проворачивая ее, поднять на 15—20 см. Обычно защемление размывается и желонка освобождается.

При заклинивании колонны обсадных труб их также проворачивают и поднимают.

Меры безопасности при сооружении скважины ручным способом

В бригаде, ведущей сооружение скважины, должен быть выделен старший, следящий за исполнением всеми работающими приведенных мер безопасности как при изготовлении инструмента, так и при его использовании. Каждый из участвующих в сооружении скважины должен быть осмотрителен и заботиться не только о своей безопасности, но и о безопасности окружающих. Учитывая, что при сооружении скважины требуются знания многих рабочих специальностей (землекопа, каменщика, плотника, слесаря и т.д.), приводим основные общие меры безопасности.

1. Максимальное расстояние по горизонтали от сооружаемой скважины до всех видов воздушных электролиний должно быть не менее 10 м.

2. Сооружение скважины можно производить только на горизонтальном участке, находящемся на расстоянии более 3 метров от отвесных склонов.

3. Грунт, выбрасываемый при сооружении приямка, должен быть размещен не ближе 0,5 м от бровки. При невозможности рытья приямка с откосом вертикальные стенки укрепляют щитами. При спуске работающих в приямок необходимо иметь приставные лестницы.

4. Приямки должны быть облицованы кирпичной кладкой. При глубине до 1 м — в полкирпича, до 2 м — в кирпич, до 3 м — в полтора кирпича.

5. Грузоподъемность лесов должна быть не менее 3 т. В процессе эксплуатации леса каждые 10 дней необходимо осматривать и в случае необходимости укреплять. Площадка верхнего рабочего уровня должна быть огорожена перилами высотой 1,25 м со средними рейками и бортовой обшивкой, толщина досок на-

стила — не менее 40 мм. Нижние концы приставных лестниц должны иметь упоры. Лестницы устанавливают с наклоном не более 75° и не менее 50° по отношению к горизонту.

6. В том случае, если работы по сооружению скважины производят в вечернее или ночное время, освещение должно быть под напряжением 12—36 вольт. Электроинструмент также должен применяться на напряжение 12—36 вольт. При откачках воды насосом на вводе сети питания к насосу должен быть поставлен разъединитель.

7. Таль должна подвешиваться к балке козла на хомуте. Грузоподъемность козла должна быть не менее 3 т.

8. Применять трос для спуско-подъемных операций запрещается, если: одна прядь каната оборвана; на длине шага свивки число оборванных проволок более 5%; канат вытянут, изношен или сплюснут и его минимальный диаметр составляет менее 90% от первоначального.

9. Канат с желонкой необходимо соединять не менее чем тремя зажимами.

10. Работающему запрещается: находиться под поднимаемым грузом; поддерживать руками и направлять при опускании буровые штанги и желонку; оставлять открытым устье скважины, когда этого не требуют условия работы; оставлять желонку в подвешенном состоянии; навинчивать и свинчивать звенья обсадной колонны без закрепления нижнего звена; удерживать колонну шарнирными или цепными ключами.

11. Все рабочие на площадке должны носить защитные каски.

ЛИТЕРАТУРА

1. Салтыков Е.В. Проектирование зон санитарной охраны источников водоснабжения. Часть первая. Издательство Министерства коммунального хозяйства РСФСР, 1959.
2. Беляков В.М., Краснощекоев Г.М., Попков В.А. Учебная книга мастера по бурению скважин на воду. — М.: Колос, 1983.
3. Каневский М.Ш. Охрана труда при производстве санитарно-технических работ. — М.: Стройиздат, 1988.



ПЯТОЕ ИЗМЕРЕНИЕ

В.И.ИЛЬИН

Электролампа может служить долго

При включении электролампы в сеть, пока нить накала холодная, через нее идет ток в несколько раз больше рабочего, который разрушает нить накала лампы, значительно укорачивая срок ее службы.

Для того чтобы при включении лампы в сеть не допустить рывка тока, последовательно с лампой надо включить бумажный конденсатор емкостью в несколько мкФ (емкость зависит от мощности лампы; конденсатор должен быть не менее 400 Вт рабочего напряжения, оно на нем указано). Емкость подбирается по свечению лампы. При достаточной емкости лампа практически светится так же, как и без конденсатора, а на лампе будет на 5—10 Вт меньше, чем в сети. По свечению лампы это не заметно, а срок ее службы значительно увеличивается.

У нас будут два фактора, увеличивающих срок службы лампы: исключение рывка тока на лампе при ее включении в сеть и работа при пониженном напряжении. В сумме они значительно повышают

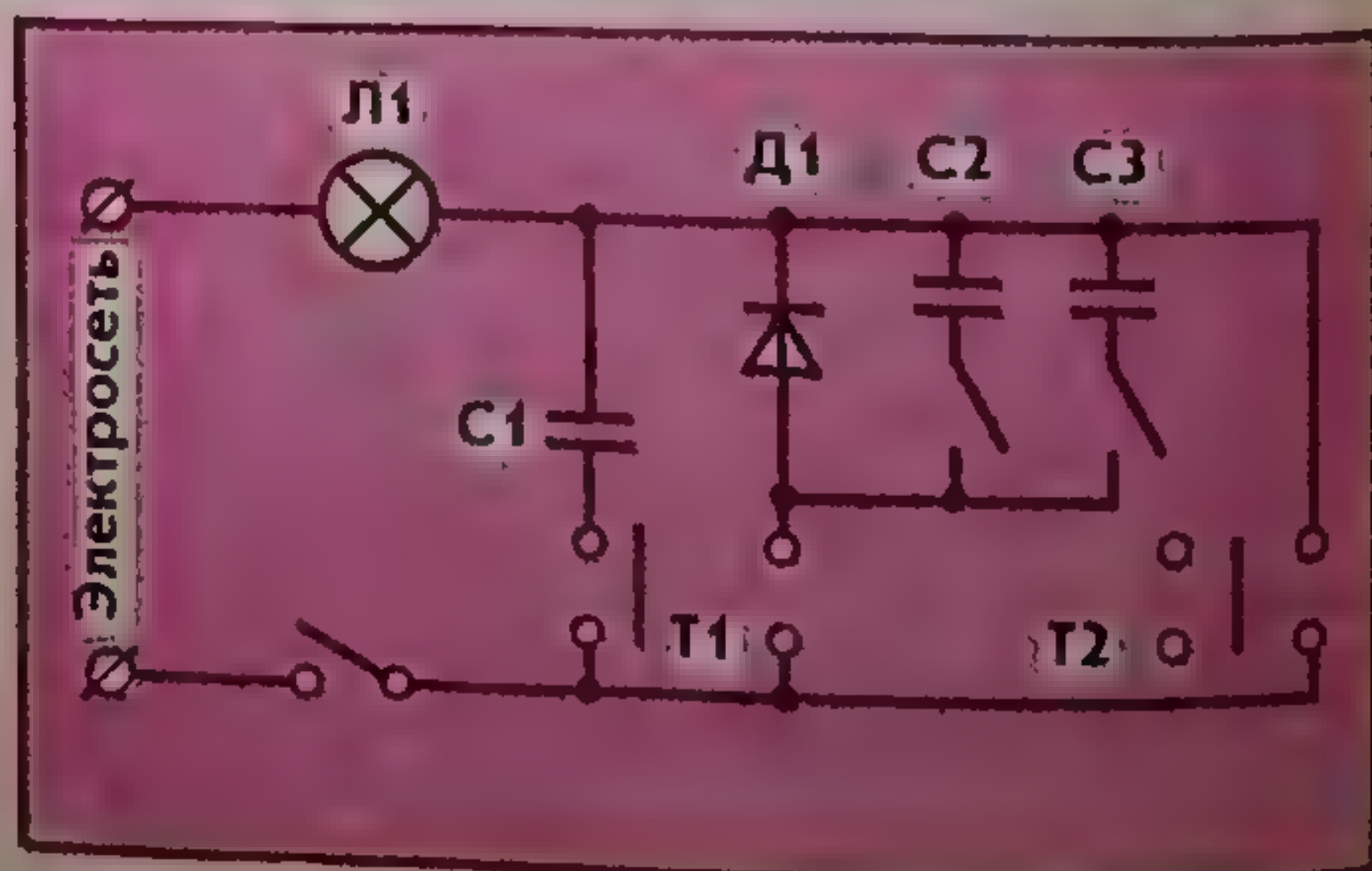


Схема блока защиты электролампы. С1 — ограничительный бумажный конденсатор; Д1 — полупроводниковый диод типа 226 (0,3А); С2 и С3 — конденсаторы бумажные, регулировочные; Т1 — тумблер выбора режима; Т2 — тумблер выключения блока защиты; Л1 — электролампа

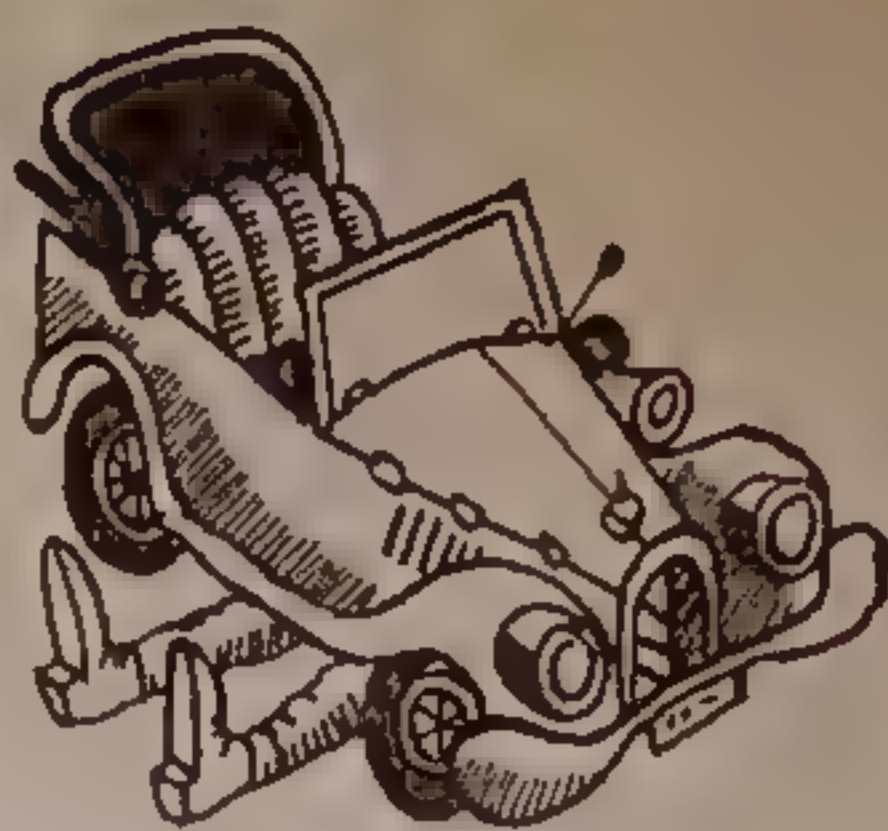
срок службы лампы. Но при подобранном конденсаторе для лампы в 40 Вт включение более мощной (в 75 Вт) приведет к тому, что она будет гореть очень тускло, а другой лампы у вас нет.

Вот для такого случая надо предусмотреть выключение ограничивающего конденсатора, для чего надо рядом с конденсатором установить радиотумблер, перемкнув им конденсатор. Мы сможем в этот патрон ставить любую лампу. Она будет гореть полным светом, но защиты ее при этом не будет. Установку такого защитного конденсатора можно совместить с устройством пониженного освещения комнаты.

Иногда нужно, чтобы свет в комнате горел не в полную силу. Для этой цели промышленностью выпускаются специальные регуляторы освещенности, но они дороги, дефицитны, а их легко сделать самим. Надо добавить полупроводниковый диод типа 226, если ток через лампу не выше 0,3 А. При более мощной лампе нужно два диода 226 соединить в параллель (их рабочий ток будет 0,6 А). Радиотумблером мы будем переключать лампу или на полный свет через защитный конденсатор, или включать ее через полупроводниковый диод, и тогда она будет гореть очень слабо.

Подключая бумажный конденсатор параллельно диоду, мы сможем подобрать нужное пониженное свечение лампы. Вторым тумблером можно при необходимости выключать этот защитный блок и включать лампу обычным ее выключателем на полный свет, но при этом она будет работать без защиты. Это добавочное устройство (ограничительный конденсатор, диод с конденсатором, два тумблера) помещают на деревянной доске или толстой фанере, закрывают кожухом для исключения касания токоведущих частей.

Эту коробочку можно разместить или около выключателя, или около потолка, включив ее в разрыв цепи электролампы проводом с достаточной изоляцией.



**ВСЕ ЧЕТЫРЕ
КОЛЕСА**

В.Н. АФАНАСЬЕВ

Ремонт кузова автомобиля с помощью стеклопластика

Суть технологии заключается в изготовлении формы — матрицы, которая снимается с готового заводского изделия, желательно нового (крыла, бампера, локера и т.п.). После изготовления матрицы в ней выкладывается тканью с одновременной пропиткой связующим изделие. Качество изделия зависит от модели и от тщательности изготовления матрицы. Матрицу изготавливают из того же материала — стеклопластика. Все работы производят вручную, каких-либо сложных приспособлений и оборудования не требуется.

На изготовление матрицы мы затрачиваем от двух до четырех часов, в зависимости от сложности поверхности, не считая времени на полимеризацию (отверждение) связующего. Изготовление крыла, например, ВАЗ-2101 занимает 1,5—2 часа.

Материалы и инструменты

1. Стеклоткань годится практически всех марок. Лучшие марки — это ткани рыхлого переплетения — стеклосетки, они хорошо пропитываются связующим и лучше пропускают сквозь себя воздух при удалении пузырей между слоями. Заменителями стеклотканей могут стать ткани хлопчатобумажные, неплотные полимерные ткани, многие виды технических тканей — вискоза, капрон, нейлон и пр. Мы применяли даже мешковину в сочетании с тонкой стеклотканью. Применение заменителей, конечно, сказывается на прочности изделий, однако получаемая

прочность вполне достаточна для деталей облицовки. Все стеклоткани должны быть предварительно подготовлены к работе. Подготовка заключается в прокаливании ткани до прекращения выделения дыма в сушильных шкафах (ткань пропускают над мощной спиралью или прокаливают паяльной лампой). Хорошо прокаленная стеклоткань приобретает желтоватый оттенок, она лучше пропитывается связующим. Заменители желательно простиравать, и в них нужно разрыхлить волокна. Возможно также применение рыхлых видов бумаги или тонкого картона, однако работа с такими материалами более трудоемка, так как бумагу надо укладывать небольшими кусками и тщательно прикатывать.

2. Связующее — смолы эпоксидные всех марок, например ЭД-16, ЭД-20, компаунды эпоксидные, холодного отверждения К-201, 202 и т.д. Смолы полиэфирные, мебельные, также всех марок. Клеи на основе полимерных смол, не дающие усадки при затвердевании. Для отверждения смол применяются отвердители различных марок, которые вводятся в соотношении 1:8 перед употреблением (см. указания на упаковке отвердителей).

Для получения нужной консистенции связующего применяются различные растворители, в основном нитрорастворители (ацетон, этилацетат, № 646, 647 и т.п.). Консистенция связующего подбирается опытным путем, в зависимости от пропитываемости тканей. Злоупотреблять растворителями не рекомендуем, так как они замедляют процесс полимеризации связующего. Кстати, полная полимеризация эпоксидных смол может затягиваться на несколько недель, поэтому, если изделие кажется слишком мягким после извлечения из матрицы на второй-третий день, отчаиваться не надо. Такое изделие надо уложить, поставить, повесить таким образом, чтобы его не повело, а лучше сразу установить на место, и в процессе эксплуатации оно дойдет до нужной кондиции.

В качестве связующего пробовали использовать также краски различных марок, что также возможно, процесс изго-

товления в этом случае затягивается, так как каждый слой ткани необходимо просушивать отдельно. Такой материал, конечно, значительно уступает в прочности.

В полимерные смолы для экономии связующих материалов желательно вводить наполнители — тальк, просеянный цемент, диабаз, алюминиевую и бронзовую пудру и пр.

Для получения окрашенного изделия в связующее можно вводить сухие пигменты разных цветов, возможно использовать и нитрокраски, но интенсивность окраски в этом случае ниже.

Изготовление и конструкция формы (матрицы)

Матрица снимается с заводского изделия (в дальнейшем — модель), желательно нового. При отсутствии нового возможно использовать и старое при соответствующей подготовке — рихтовка, шпаклевка, окраска, шлифовка. Недостающие части можно вылепить из пластилина и т.п.

Модель готовится к работе следующим образом.

1. С помощью пластилина выравнивается наружная сторона модели. Заполняются пластилином все отверстия, выступы снимаются наждачной бумагой. Сглаживаются швы соединения деталей. Модель должна принять вид монолитной детали. От качества подготовки поверхности модели будет зависеть и качество поверхности ваших изделий.

2. Нанесение разделительного слоя. Для разделительного слоя служит разведенное в воде до пастообразного состояния хозяйственное мыло. Мыльная паста тщательно наносится на лицевую поверхность модели тампоном из мягкой ткани в три слоя с промежуточной просушкой каждого. Последний слой полируется сухой фетровой тканью. От качества нанесения разделительного слоя зависит качество поверхности, а также препятствие склеиванию модели с матрицей.

3. Формирование декоративного слоя (гелиослоя). Подготовленная к работе модель устойчиво устанавливается и закрепляется на рабочем столе, после чего

ягивается, так
необходимо про-
материал, ко-
дет в прочно-
для экономии
сительно вво-
к, просеянный
вую и бронзо-
ного изделия в
сухие пигмен-
тно использо-
енсивность ок-

(матрицы)

водского изде-
ль), желатель-
и нового воз-
е при соответ-
хтовка, шпак-
Недостающие
пластилина и

те следующим

на выравнива-
ели. Заполня-
рстия, высту-
умагой. Сгла-
деталей. Мо-
нолитной де-
ки поверхно-
и качество по-

ельного слоя.
служит разве-
зного состоя-
ыльная паста
евую поверх-
яжкой ткани в
й просушкой
олируется су-
ачества нане-
зависит каче-
препятствие
ей.

итивного слоя
к работе мо-
няется и за-
е, после чего

на ее поверхность наносится первый слой связующего, в которое при необходимости введем наполнитель, краситель. На качество его нанесения необходимо обратить особое внимание, он должен равномерно покрыть всю поверхность модели. К дальнейшей работе можно переходить только после затвердевания гелиослоя во избежание его сдвига или нарушения во время дальнейшей работы.

4. Закрепление гелиослоя. На затвердевший гелиослой наносится связующее, также с наполнителем и красителем, поверх которого накладывается самая тонкая и неплотная ткань (стеклосетка или ткань сатинового переплетения). Ткань тщательно прикатывается специальным валиком, имеющим ребристую поверхность, или торцуется торцовочной кистью. Кисть лучше изготовить из лески толщиной 0,4—0,6 мм. Для длительного использования кисти она постоянно промывается в растворителе и в нем же хранится.

Из-под ткани должны быть удалены все пузырьки воздуха, при необходимости их можно прорезать острым ножом.

До приобретения необходимого навыка в укладке ткани первому закрепительному слою надо также дать затвердеть. В дальнейшем все слои укладываются раз-раз. Если ткань укладывается не цельным куском, отдельные листы обязательно укладываются с перехлестом, на качество это не отражается.

5. Получение технологической толщины матрицы. Толщина матрицы должна быть не менее 5 мм, но и не более 8 мм, так как потеряет гибкость. Готовая матрица должна в небольшой степени деформироваться (играть), это нужно для более легкого выхода из нее готового изделия.

Нужная толщина достигается путем наращивания на нее нескольких слоев толстой ткани. Каждый слой тщательно пропитывается и удаляются все пузыри. При укладке ткани не нужно стремиться натянуть ее; наоборот, старайтесь, чтобы она ложилась свободно и облегла все неровности модели. На первых порах лучше укладывать ткань кусками с перехлестом. Укладываемая ткань должна выступать за пределы модели на 3—4 см и тоже про-

питываться связующим. После затвердевания связующего этот облой удаляется по контуру модели ножом или ножовкой по металлу с последующей обработкой шкуркой. По окончании формовки матрицы ее нужно выдержать до полной полимеризации связующего 2—4 дня.

6. После выдержки матрицы и тщательной ее обработки по контуру модели.

Модель извлекается из готовой матрицы, что связано с определенными трудностями, особенно если модель металлическая. Перед извлечением модели (или готового изделия в будущем) матрицу необходимо простучать резиновым молотком, что способствует лучшему отлипанию поверхности модели (готового изделия) от матрицы. По краям модель от матрицы отделяется с помощью тонкого ножа, который вводится между матрицей и моделью (готовым изделием). После такой подготовки модель должна свободно выйти из матрицы, если был правильно нанесен разделительный слой. После освобождения матрицы от модели внутренняя (рабочая) сторона внимательно осматривается и ликвидируются все неровности, если они получились. После чего матрица готова к работе.

При аккуратной работе, особенно при извлечении готовых изделий, матрица будет служить долго, и с нее можно получать до 100 и более изделий, размеры которых полностью соответствуют размерам применявшейся модели.

Остановимся на конструктивных особенностях матриц различных изделий. Матрицы могут быть одинарные, т.е. состоящие из одной детали — изделия, имеющие не очень сложную поверхность, например подкрыльники (локеры), колпаки и т.п. Для более сложных изделий приходится изготавливать матрицы разъемные, состоящие из двух, трех и более деталей. Например, матрица крыла всех моделей «Жигулей» состоит из двух частей — основной поверхности крыла вместе с верхними крепежными полками и съёмная часть задней крепежной полки. Делается это для более свободного выхода из матрицы готового изделия.

Матрица крыльев «Москвича-412» состоит из трех частей (здесь необходимо

съемной изготовить и переднюю часть матрицы — карман для фары). Перед формовкой изделия такая матрица собирается в одно целое, а перед извлечением готового изделия снимаются съемные части матрицы, а затем извлекается изделие.

Изготавливаются сборные матрицы в следующей последовательности:

1) формируется основная поверхность крыла с верхней крепежной полкой;

2) после полимеризации связующего подрезается облой по всему контуру;

3) на оставшиеся части модели (задняя полка и карман передний) вновь наносится разделительный слой, захватывая и часть поверхности матрицы основной поверхности;

4) оставшиеся части вместе с частью поверхности матрицы вновь заформовываются;

5) после полимеризации эти части снимаются и подрезаются по контуру модели. В результате матрица состоит из трех разъемных частей.

Таким образом, прежде чем изготавливать матрицу какого-либо изделия, необходимо продумать, из скольких деталей она должна состоять, чтобы готовое изделие беспрепятственно извлекалось из нее.

После того как матрица готова, ее желательно выдержать несколько дней при температуре не ниже 20°C . Обратить особое внимание при этом на то, чтобы ее не увело.

Формовка готовых изделий мало чем отличается от формовки матрицы (ткань теперь будем укладывать внутрь матрицы). Остановимся на основных операциях:

1) сборка матрицы (если она разъемная);

2) заделка всех стыков пластилином во избежание заливания в пазы связующего;

3) нанесение разделительного слоя с последующим высыханием;

4) нанесение гелиослоя;

5) укладка на затвердевший гелиослой самой тонкой ткани с тщательной ее пропиткой и удалением пузырей — закрепление;

6) получение технологической толщины изделия — укладка более толстых тка-

ней. Толщина не должна превышать 3 мм;

7) подрезка облая по контуру матрицы;

8) извлечение готового изделия.

Техника безопасности

При работе с синтетическими смолами и стеклотканями применять резиновые перчатки и респираторы. В помещении должна быть вытяжная вентиляция. При попадании на открытые части тела отвердителей и растворителей промыть теплой водой с мылом.

Вопрос
Бисеров И.
Хотелось С
его журнал
зот из бер

Ответ
КРАСЕНКО Н.И.
Воскресная обл.

ВЫГОНК

Простейш
вого количе
всех. Надо
прыжку с о
наполняют
сой и обмаз
отверстия. П
от ямку. П
ление под к
кую-либо а
углубление
ном. Засып
ты по высо
поддержива
Правда, деп
емного (р
можно исп
огнетушите

Другой
рил наглух
кусок стал
стелал загр
укрепил дв
газов, обра
бересты, п
зации загр
глину. Св
стой. Отво



Вопрос
Бисеров И.Я., Калининградская обл.
Хотелось бы прочесть на страницах ва-
шего журнала о том, как можно выгонять
деготь из бересты.

Ответ

ТАРАСЕНКО Н.И.,
Читинская обл.

Выгонка дегтя

Простейший способ получения неболь-
шого количества дегтя состоит в следую-
щем. Надо взять ведро, сделать на него
крышку с отверстием посередине. Ведро
заполняют берестой, накрывают крыш-
кой и обмазывают ее глиной, не закрывая
отверстия. По размерам ведра выкапыва-
ют ямку. По центру ямки делаем углуб-
ление под консервную банку или еще ка-
кую-либо аналогичную посуду. Ставим в
углубление банку, сверху ведро вверх
дном. Засыпаем ведро землей до полови-
ны по высоте, сверху разжигаем костер,
поддерживаем огонь в течение 2—3 часов.
Правда, дегтя в данном случае получится
немного (рис. 1). Кстати, вместо ведра
можно использовать корпус списанного
огнетушителя.

Другой способ получения дегтя. Зава-
рил наглухо с одного конца попавшийся
кусок стальной трубы. На другом конце
сделал загрузочный люк. Крышку люка
укрепил двумя болтами М10. Для выхода
газов, образующихся при сухой перегонке
бересты, приварил трубку. Для гермети-
зации загрузочного люка использовал
глину. Свое устройство заправил бере-
стой. Отводную трубку закопал в землю



Рис. 1

для охлаждения, оставив на поверхности
отверстие, под которое подставил банку.
Разжег костер. Вскоре из трубки стал ва-
лить густой бурый дым. В банку пока ни-
чего не капало. Только под конец пере-
гонки появилась первая капля дегтя. До-
был я деготь очень густой, наполнил им
бутылочку из-под кетчупа. Первый блин
получился комом. Я убедился, что легкие
фракции частично сгорели, частично уле-
тучились в атмосферу, а в банку попала
только тяжелая фракция. Понятно, что
для более продуктивной перегонки нужен
охладитель.

В качестве охладителя я использовал
змеевик от негодного холодильника. Ра-
зогрев змеевик, увеличил угол уклона
трубок. Гибким шлангом высокого давле-
ния этот змеевик я соединил с отводной
трубкой. Теперь одна заправка резервуа-
ра берестой (набивал очень плотно, трам-

ОТВЕТ ПОЛУЧЕН!

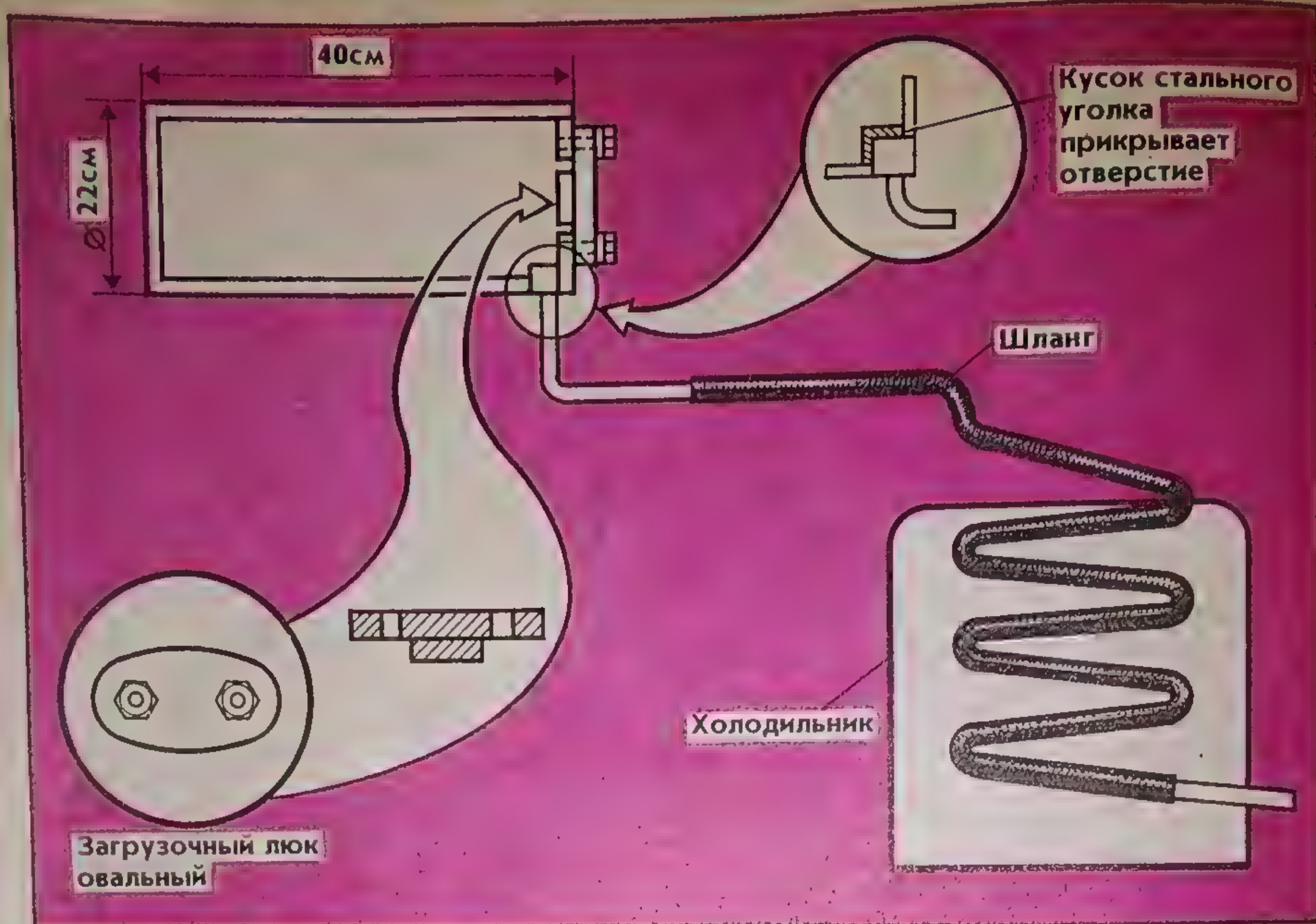


Рис. 2.

буя железным прутом) стала давать больше литра хорошего жидкого дегтя (рис. 2).

Несколько подробнее хочу рассказать о технологии изготовления. Загрузочный люк делаем овальной формы. Для более успешного глиняного замка снизу люка приварена пластина. Отверстие отводной трубы необходимо защитить от попадания сгоревшей бересты. Эту роль защиты у меня выполняет кусок стального уголка. Охладитель или холодильник можно также изготовить из отрезка прямой трубы, помещенной в корыто с водой. Специальную печь я не строил. Но из кирпичей выложил топливник, на который сверху положил свой резервуар. Холодильник закопал в землю.

Вопрос
Сметанин П.С., Пермская обл.
В Казахстане, на Украине распространено строительство домов из самана. Хотелось бы, чтобы вы рассказали об этом.

Ответ
БАЛЬВАС В.И.,
инженер-строитель, г.Краснодон.

Саманные постройки

В районах, где мало леса и камня, широко применим саман — материал дешевый и огнестойкий. Саманный кирпич не надо подвергать обжигу. Его высушивают на солнце. Он экономичен не только в исходном сырье, но и в затратах энергии.

Следует заметить, что для областей с холодным и влажным климатом древесина удобнее, чем саман. В наше время, когда дерево стоит непомерно дорого, все-таки нужно отдать предпочтение саману. Саманные постройки хороши в таких областях России, как Воронежская, Белгородская, Курская, Московская, Тульская, Рязанская и др. Считается, что постройки из самана даже здоровее для проживания, чем сооруженные из кирпича, бетона или камня. Содержание так называемой экс-

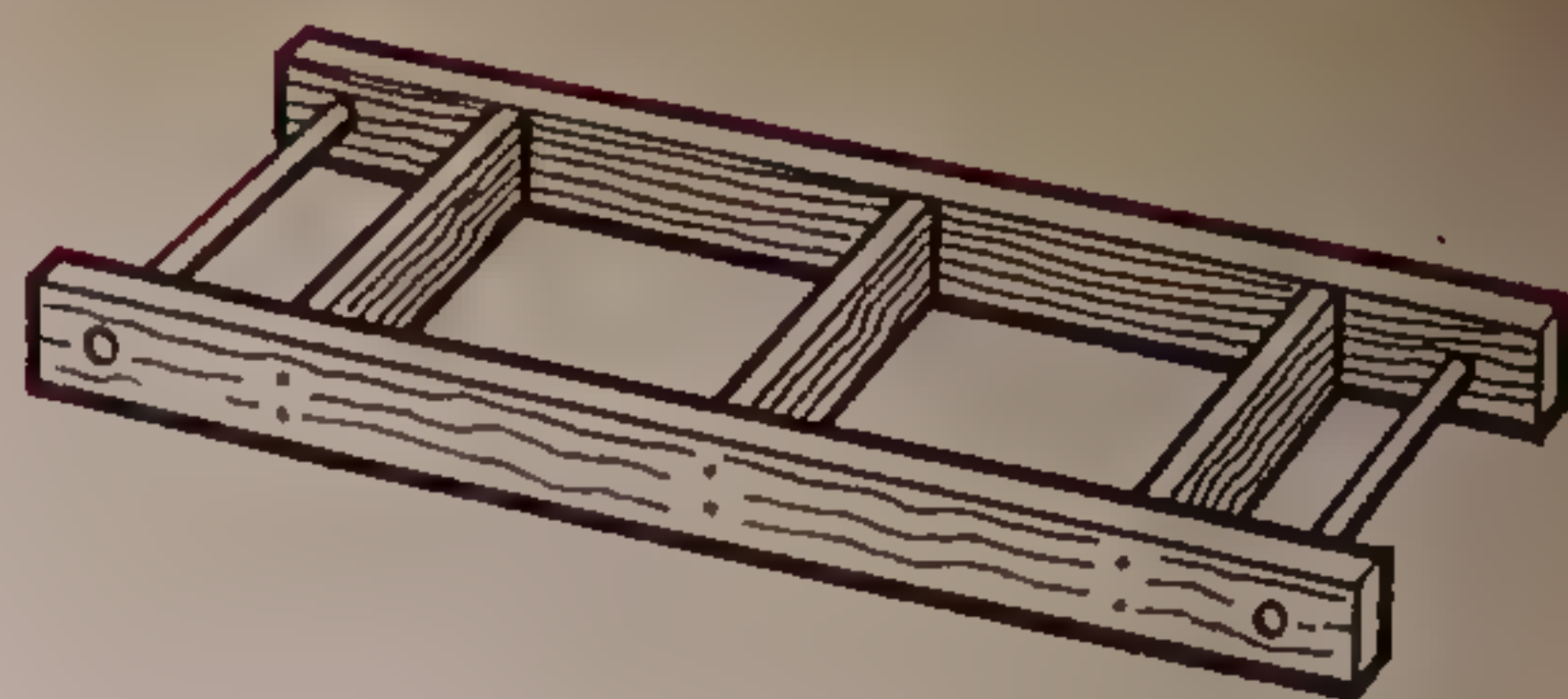
усок стального
толлка
покрывает
тверстие



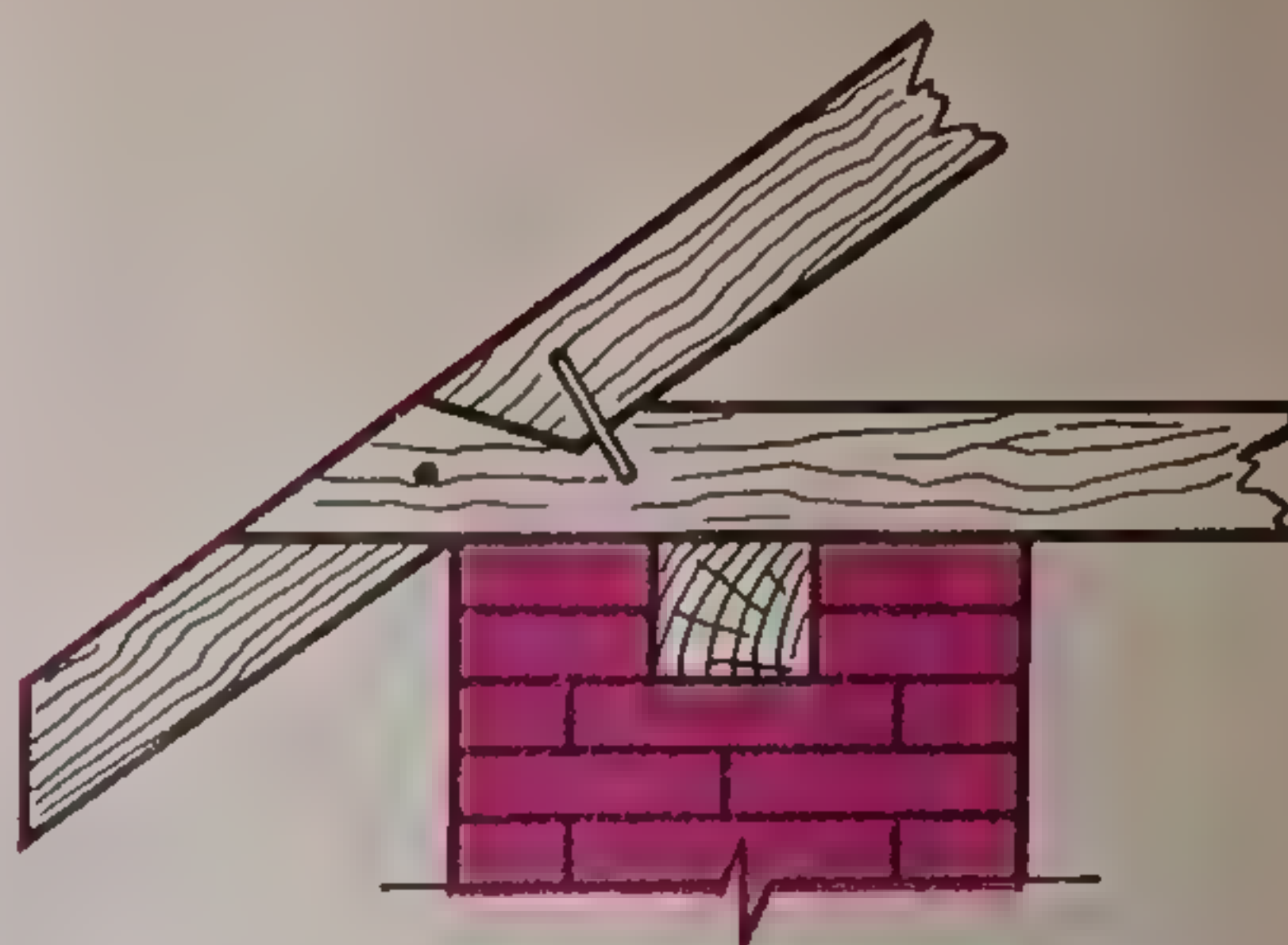
платационной сырости в сухих саман-
ных стенах такое же, как и в кирпичных.
Сухие саманные стены держат тепло так
же хорошо, как и кирпичные. А естест-
венная вентиляция у них даже несколько
лучше, так как саманный кирпич имеет
более крупные поры. Главное — должны
быть созданы условия, при которых бы
стены всегда оставались сухими, то есть
не отсыревали. Для этого необходимо соо-
ружать надежные фундаменты с хорошей
гидроизоляцией, широкие отстоки по
периметру зданий и также широкие свесы
кровель, чтобы защитить стены зданий от
дождя и снега. Лишь в первый год эксплу-
атации, пока стены полностью не просох-
нут, саманные дома могут быть более
прохладными и влажными. Следует заме-
тить, что для любого климатического рай-
она массивность стены (толщину) можно
рассчитать по существующей в строи-
тельном проектировании методике.

Саманный кирпич изготавливают из гли-
ны и песка с добавлением соломенной
резки длиной 5—10 см или других воло-
нистых материалов (костра, торф, мяки-
на, рубленый мох, измельченная трава) в
количестве 15 кг на 1 куб.м (или 20% к
объему). Вообще же количество примесей
зависит от жирности глины и определяет-
ся в каждом отдельном случае опытным
путем. Размеры саманного кирпича точно
не установлены, но в зависимости от мест-
ных климатических условий могут быть
следующими: крупный — 40 x 19 x 13 см,
средний — 36 x 17 x 13 см, мелкий —
30 x 14 x 10 см. Формы, в которых изготов-
ляют саман, делают одинарными или
двойными в виде ящика без дна, прочно
сколоченного из досок толщиной 25—30 мм
(рис. 1). Глину надо брать жирную (в ней
от 5 до 15% песка), однако можно ис-
пользовать и обыкновенную (тощую) гли-
ну или даже суглинок. Если используют
суглинок, то песок в глину не добавляют.
Заготавливать глину рекомендуется в не-
глубоких карьерах или местах, где она
найдена, с лета, чтобы на открытом воз-
духе она хорошо размокла, разрыхлилась
и выморозилась за осень и зиму.

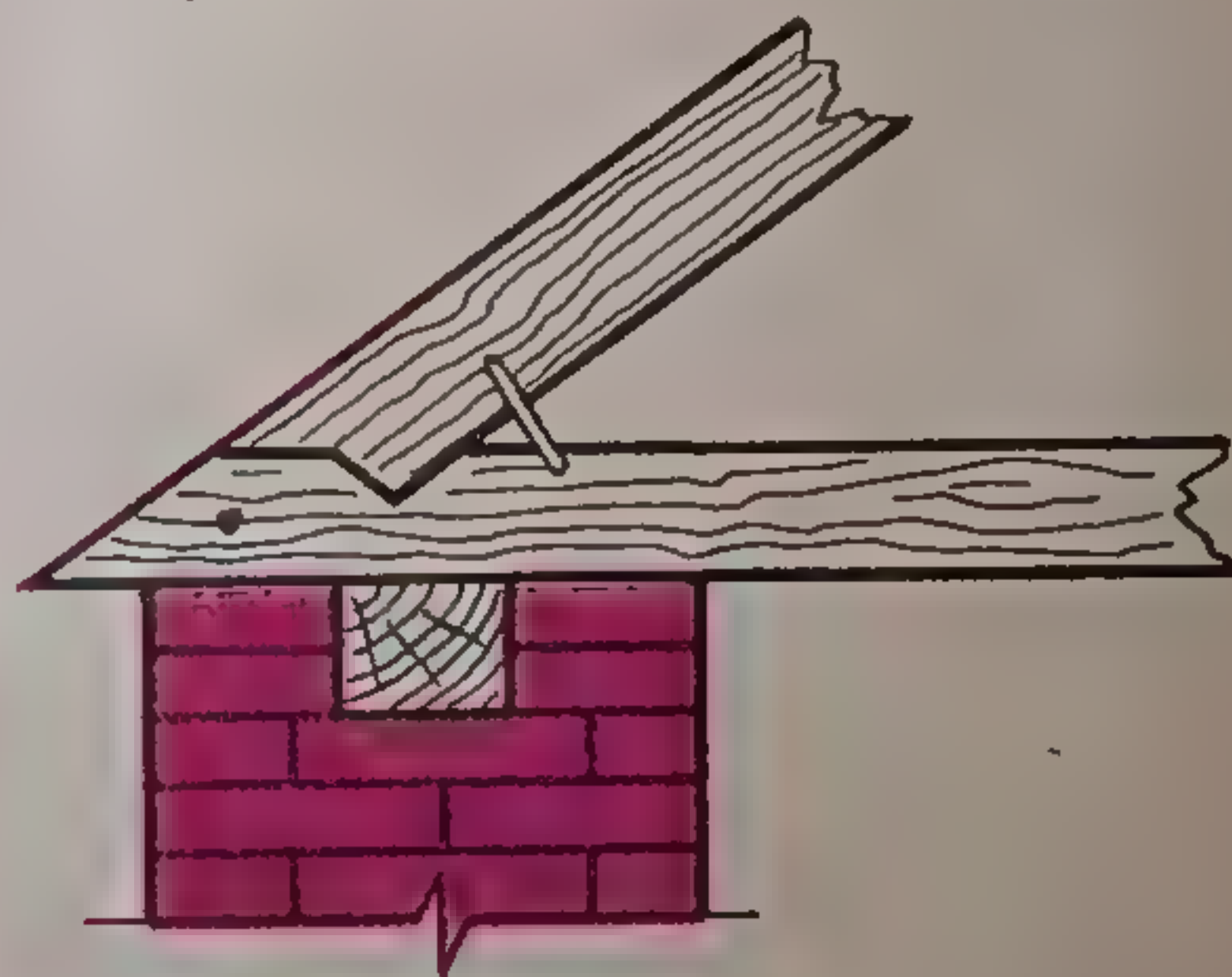
Глину надо хорошо размять, переме-
шать, удалить камни. Перемешивая, по-
немногу прибавляют соломенную резку.
Снова месят, прибавляют песок и опять
основательно месят лопатами, пока не
получится густая однородная масса. За-
тем ее сгребают в кучу, где масса лежит
еще двое суток для созревания, после чего
опять перемешивают или переминают но-
гами, поливают водой, доводя до требуе-



Форма на два кирпича



Врубка стропильной ноги в лапу



Врубка стропильной ноги зубом

Рис. 1

мой для формовки густоты. Формовать
саманный кирпич начинают весной, что-
бы в течение лета он мог хорошо высох-
нуть и сразу быть пущен в дело. Для ра-
боты необходимо выбрать ровную пло-
щадку с небольшими уклонами к краям
для водостока. Формовка идет так: форму
смачивают водой и посыпают соломой
или мякиной, чтобы глина не прилипла
к стенкам. Песок для этой цели менее же-
лательен. Потом берут ком глины, пример-
но равный объему формы, и с силой бро-

сают в форму. Затем тщательно утрамбовывают ручной трамбовкой и заглаживают. Форму необходимо стараться заполнить с одного раза, так как прилепок глины при высыхании может отвалиться, что нарушит монолитность саманного камня. После трамбования форму снимают и переносят на свободное место для очередного заполнения.

Кроме ручного способа формования, можно применять «подпятный», когда глину утрамбовывают и заглаживают ногой. Это делает саманные кирпичи более плотными, чем при ручном формовании. Внизу саму форму делают шире на 2—3 см, т. е. немного на конус, что облегчает съём ее с блоков. Необходимо при формовании обратить внимание на уплотнение массы, особенно в углах формы. Саман выдерживают на формовочной площадке три дня, чтобы он приобрел прочность, а затем переносят под навес, предохраняя его от дождя и другого возможного намокания. После выдержки и сушки плашмя (еще 3 дня) кирпичи ставят на ребро с зазором между боковыми гранями для свободного прохода воздуха и просушивают еще 3—7 дней, затем складывают в клетки, где саман окончательно просыхает и твердеет.

Степень сухости самана определяется по цвету излома и на вес. Хороший саман достаточно прочен (при падении с высоты 1,5—2 м не разбивается), хорошо обтесывается топором и не размокает в воде в течение 1—2 суток. Гвоздь под ударами молотка должен идти в него туго и крепко держаться. Стены в зависимости от назначения постройки и размеров самана делают в 1, 1,5 и 2 кирпича с обязательной перевязкой, как и в кирпичной или каменной кладке. Необходимо особое внимание уделить предохранению стен из самана от грунтовой сырости и атмосферных осадков. Стены выкладывают на прочном фундаменте из кирпича или бутового камня с гидроизоляцией из двух слоев рубероида на битумной или дегтевой мастике. Кровля должна иметь свесы и выносы карнизов не менее 60 см. Кладку ведут на глинопесчаном растворе, составленном из 1 части глины и 1,5—2 частей песка, примерно таком же, как и при кладке печей, но несколько более жидком. В углах и пересечениях стен реко-

мендуется закладывать в горизонтальные швы кладки тонкие деревянные рейки или штукатурную дрань. В одном ряду — параллельно продольным стенам, в другом — поперечно к ним. Оконные и дверные проемы устраивают без четвертей и не ближе 1,5 м к углу дома. Коробки крепят к стенам с помощью деревянных пробок, заложенных через каждые 5—8 рядов кладки. Поверхности саманных стен штукатурят глинопесчаным раствором (1:4) и затирают теркой. Снаружи стены можно облицовывать обыкновенным кирпичом (в полкирпича с тычками для связи через 3—4 ряда и через 3—4 кирпича в ряду).

Поскольку на уровне земли стены из самана сильно размываются дождем, рекомендуется устраивать кирпичный цоколь, а вокруг здания отмостку шириной не менее 1 м, с уклоном 1:10.

Саманные постройки дешевые и обладают достаточной прочностью, чтобы стоять десятилетиями.

Вопрос

Бабоян Г.Х., Ереван.

Как можно сделать простые витражи?

Ответ

КОВАЛЬЧУК Ю.И.,
Запорожская обл.

Витражи

Сначала необходимо подготовить лист бумаги, по размерам и форме соответствующий стеклу, на котором хотим выполнить витраж. На эту бумагу наносим рисунок будущего витража, раскрашиваем его акварельными красками. На горизонтальную плоскость рабочего стола кладем наш лист бумаги с рисунком (рисунком вверх). На рисунок точно по краям нужно уложить обезжиренное стекло. По контуру рисунка укладываем и приклеиваем медную проволоку диаметром 3 мм, хотя можно использовать и проволоку других диаметров. Скажем, контур листа растения выкладываем проволокой диаметром 3 мм, а прожилки листа — диаметром 1—2 мм (рис. 1). Проволоку к стеклу приклеивать лучше всего эпоксидной смолой,



горизонтальные
деревянные рейки
В одном ряду —
стенам, в дру-
Оконные и двер-
без четвертей и
а. Коробки кре-
деревянных про-
аждые 5—8 ря-
саманных стен
ым раствором
Снаружи стены
венным кирпи-
ками для связи
3—4 кирпича в

емли стены из
ся дождем, ре-
ирпичный цо-
остку шириной
0.
шевые и обла-
ью, чтобы сто-

лист
соответст-
котим выпол-
наносим ри-
аскрашиваем
На горизон-
стола кладем
м (рисунком
краям нужно
о. По конту-
приклеиваем
м 3 мм, хотя
локу других
листа расте-
и диаметром
аметром 1—
клу прикле-
ной смолой.

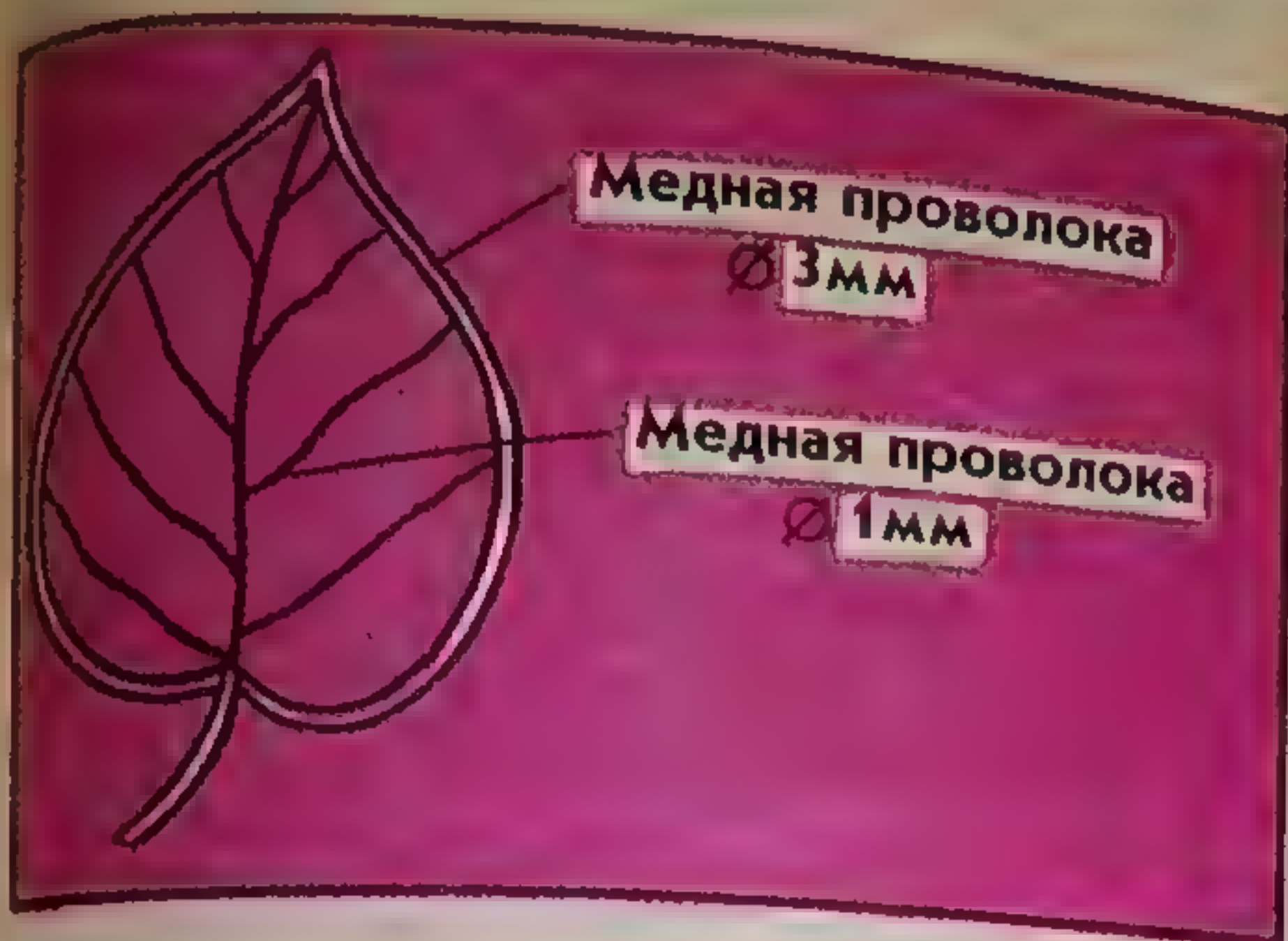


рис. 1

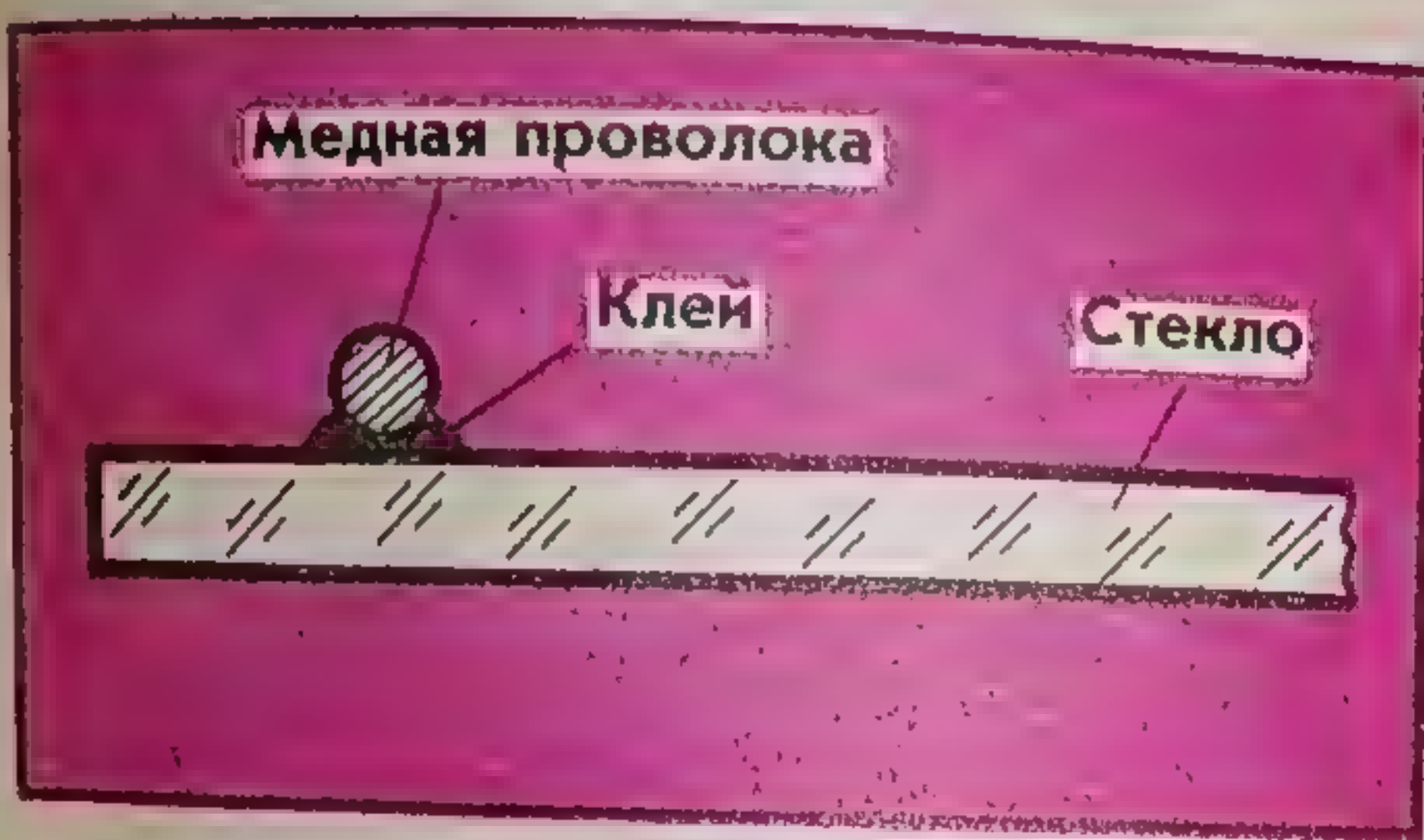


рис. 2

или клеем «Момент», или каким-либо другим аналогичным клеем. При этом необходимо следить, чтобы между проволокой и стеклом не образовалось просвета (рис. 2). Но это самый трудоемкий способ выполнения контура витража. Контур можно сделать и другим способом, при помощи масляной краски преимущественно темных тонов (лучше всего черной краской). Для этого в колпачке тюбика краски срезаем верхушку. В колпачке-крышке просверливаем отверстие. Диаметр этого отверстия произвольный. Он зависит от того, какой толщины линию контура мы желаем нанести на стекло (рис. 3).

рис. 3

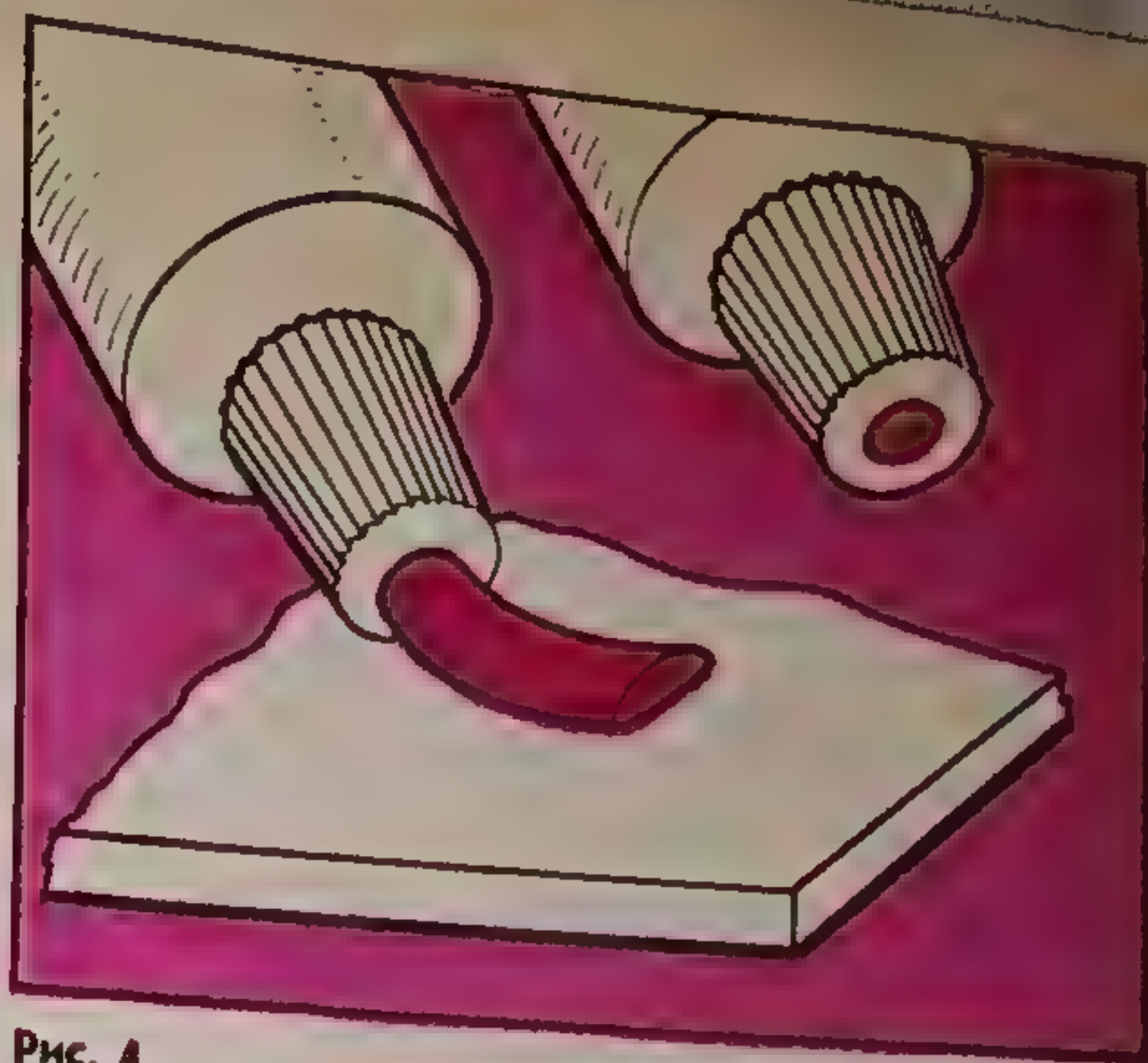
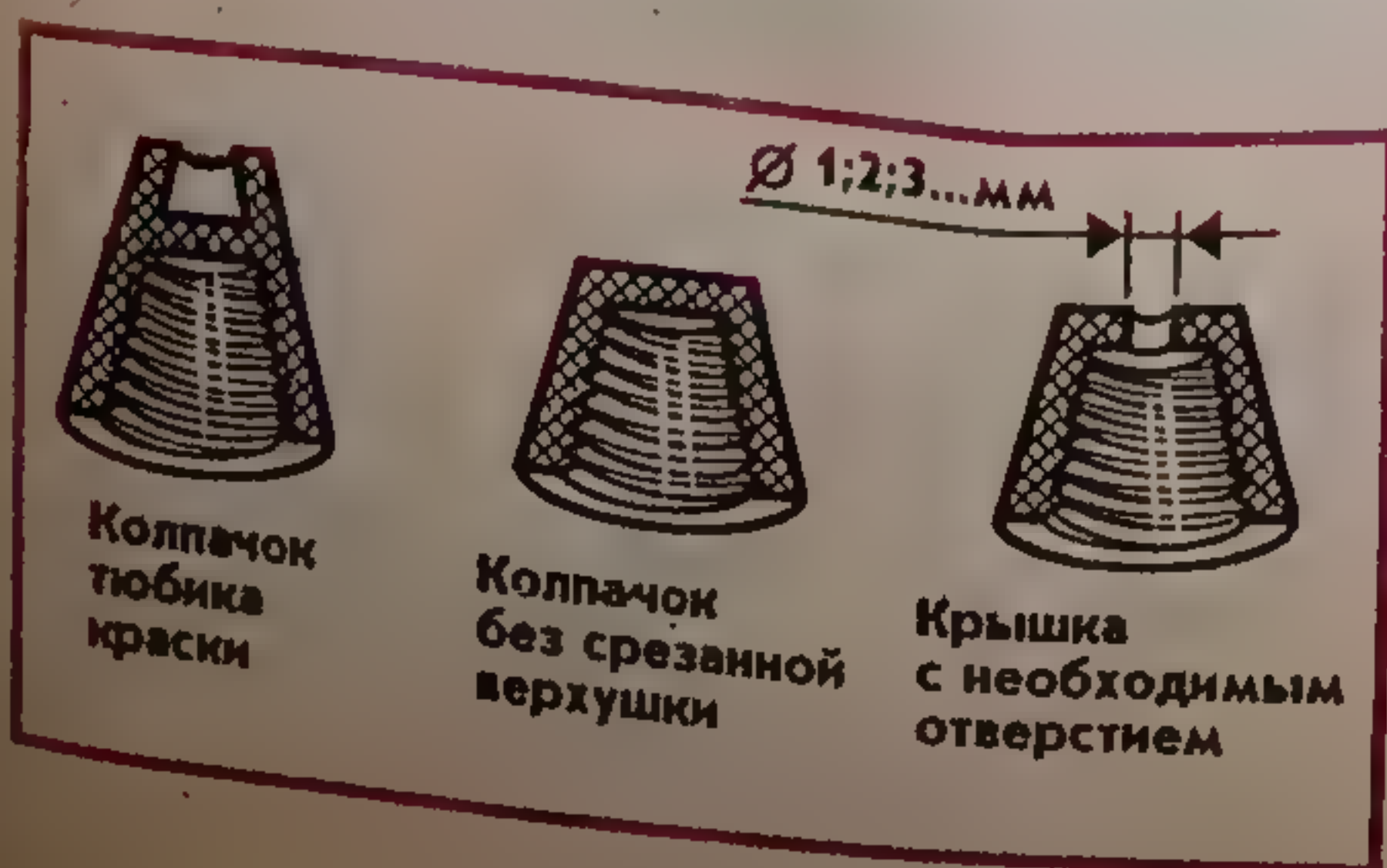


рис. 4

Подготовленную крышку наворачиваем на тюбик черной краски. Выдавливая краску через отверстие, наносим контур рисунка на стекло. Следует заметить, что краска не должна быть очень жидкой, т. е. она не должна растекаться. Существует еще один способ нанесения контура. Для этого необходимо взять клей ПВА, добавить черный (или темный, по желанию) пигмент. Им могут послужить анилиновые краски или сажа, а также акварель или гуашь. В подготовленный черный (подкрашенный) клей добавить цемент до образования густой сметанообразной массы. Контур выкладывают аналогично способу с масляными красками через отверстие в крышке тюбика. Можно подготовить несколько крышек с разными диаметрами отверстий для соответствующей толщины линии контура. Если нужна очень толстая линия, отверстие в крышке делают овальным (рис. 4). Последние два способа наиболее простые. Поэтому даже

рис. 5



начинающие благодаря им смогут сделать довольно сложный контур. Необходимо только следить за тем, чтобы выдавливаемая масса не разрывалась. Для этого при выдавливании необходимо рассчитывать поступательное движение тьюбика.

Краска или клей сохнут примерно в течение суток. После этого готовят раскраску витража. В бесцветный лак НЦ-218, НЦ-221, НЦ-222 (последний лучше всего) добавляют нужный цвет масляной художественной краски, но не более 30% от массы лака. Раскраску необходимой расцветки заливают в соответствующие ячейки, образованные контуром (рис. 5).

Полученный витраж хорошо смотрится как со стороны света, так и на просвет. Его можно мыть, протирать мокрой тряпкой.

Вопрос
Симонов А.М., Кириллов.
Напечатайте описание простой лодки.

Ответы

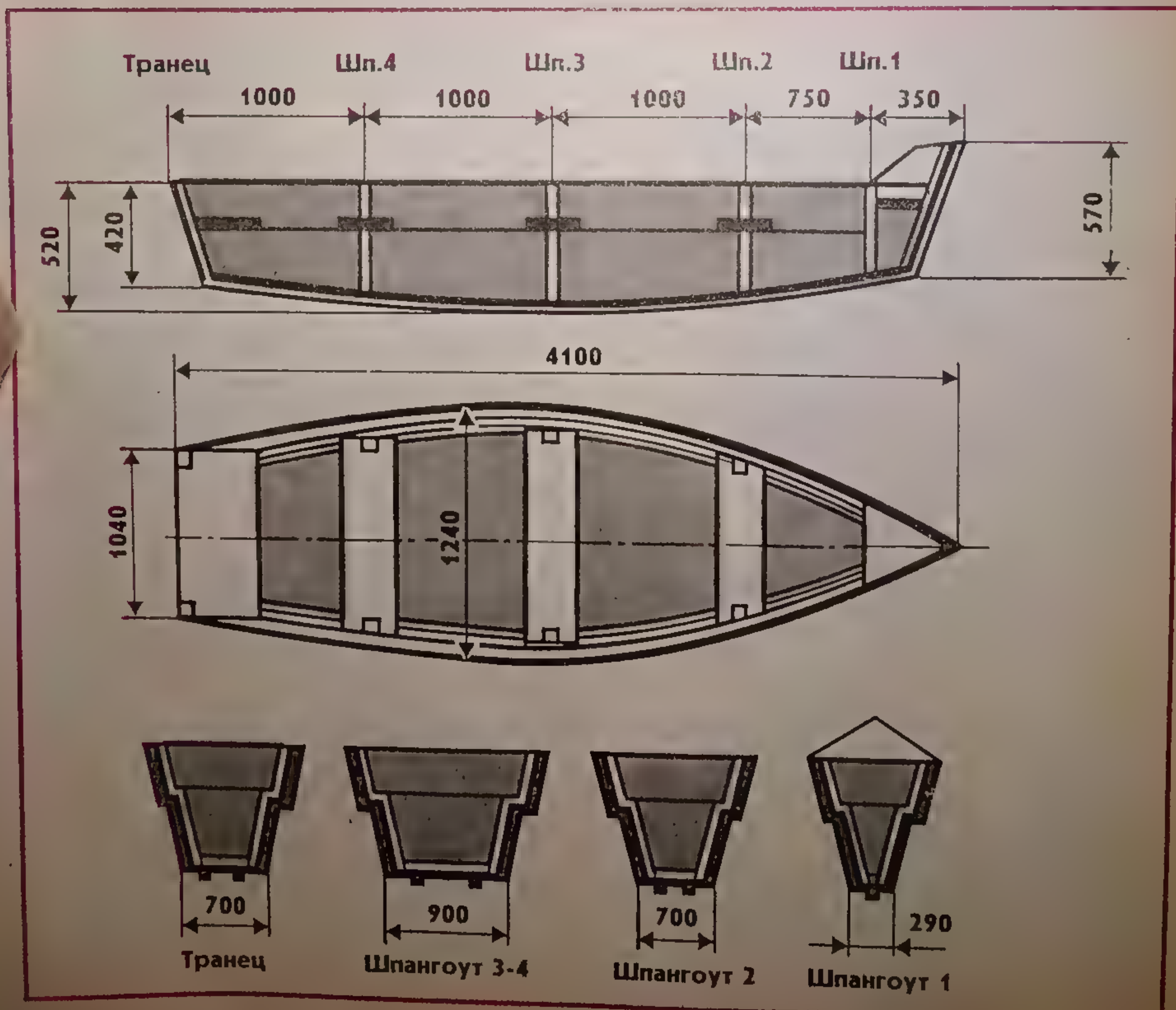
ЖЕМЕРИКИН А.В.,
Рязань.

Лодка-плоскодонка

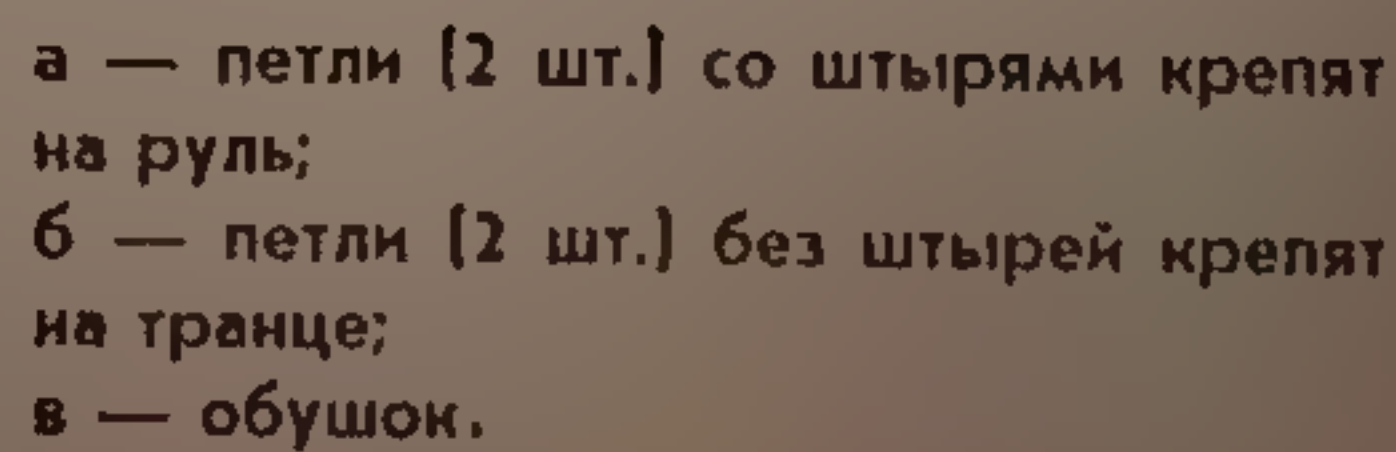
Конструкция лодки-плоскодонки, о которой ниже пойдет речь, очень простая. Лодка неприхотлива в хранении, может ходить под парусом. Ее можно использовать в хозяйственных целях, в туристических походах, на рыбалке.

На чертеже (рис.1) представлена лодка-плоскодонка, рассчитанная на груз до 400 кг. Весит она около 150 кг, глубина осадки не превышает 20 см. Лодку можно оборудовать тентом или небольшой кор-

Рис. 1



сна лод-
а груз до
глубина
у можно
шой кор-



мовой каютой, навесить мотор или установить парус.

Для изготовления плоскодонки прежде всего необходимо приобрести материал. Нам потребуются для обшивки 7 сосновых досок толщиной 1,5—2 см, шириной 30 см и длиной 5 м. Для весел, форштевня, шпангоутов, водореза, фальшкилей — 3 сосновые доски толщиной 5 см, шириной 30 см и длиной 4 м. Для транца нужна сосновая доска 3×20 см, длиной 2 м и два листа фанеры толщиной 3—5 мм. Для заполнения стыков требуется 1 кг масляной краски (железного сурика). Приобретите еще 3 кг белил на натуральной олифе, 1,5 кг гвоздей длиной 50 мм, 1 кг шурупов такой же длины.

Для начала изготавливаем шпангоуты на 20 см выше уровня борта, затем форштевень и транец. Устанавливаем их на килевую доску (5×2 см и длиной 4 м) и прибиваем гвоздями. Ставим между шпангоутами скамейки, их также прибиваем. Верхнюю часть шпангоутов, форштевня и транца прикрепляем к боковым установочным доскам (2×20×500 см), которые вместе с килевой доской образуют нечто вроде опалубки, фиксирующей основную форму лодки. В конце работы над установочными досками снимают, а лишние 20 см шпангоутов отпиливают. Прибиваем нижние бортовые доски, а нижние обводы аккуратно обрезаем пилой. Следующий цикл состоит в том, чтобы прикрепить верхние бортовые доски, оторвать килевую доску и на ее место прибить доски днища. По линиям соединения досок крепят 3 фальшкиля для лучшей герметизации стыков. Стыки следует тщательно проконопатить паклей, смоченной в олифе, прошпаклевать и зачистить шкуркой. Теперь из фанеры можно сделать багажник в носовой части лодки и садок для рыбы под средней скамейкой. Покрасьте все снаружи и внутри двумя-тремя слоями масляной краски.

Для изготовления весел понадобятся 2 доски размерами 240×13×3 см (рис. 2).

Лодка готова. Как мы уже говорили, лодка может ходить под парусом. Для этого ее нужно оборудовать опускаемым килем-швертом и рулем. Шверт размещают в швертовом колодце, который устанавливают перед средней банкой и связыва-

ют с ней брусками (рис. 3). Крепление колодца к днищу нужно выполнять очень тщательно, с применением густотертой краски или водостойкого клея. Через бруски основание колодца соединяют с килем и обшивкой сквозными винтами М6×80 через 60 мм. Шверт вырезают из толстой фанеры, склеивают из двух-трех досок по ширине либо вырезают из листа металла толщиной 4—6 мм. Во всех случаях щель в киле должна быть на 4—6 мм шире толщины шверта. Планки на верхнем конце шверта служат ограничителями при его опускании. На металлическом шверте их можно сделать из уголков. Деревянный шверт удерживается в опущенном положении резиновым стропом. Руль вырезают из 8-мм фанеры или досок толщиной 12 мм. Навешивают его с помощью петель со штырями, на транце делают такие же петли, но без штырей и с планками для крепления, развернутыми на 180°. Чтобы случайно не потерять руль, его нужно привязать к транцу тонким шнуром-сорлинем. Мачту округлого сплошного сечения с максимальным диаметром 68 мм лучше всего склеить из двух мелкопрямослойных сосновых брусков. Нижний конец мачты (шпор) делают квадратного сечения для крепления в гнезде — степсе. Вторая точка крепления мачты — отверстие в передней банке. Парус пришнуровывают к мачте; верхний и нижний углы паруса привязывают, используя соответствующие отверстия в мачте. На ходу парус растягивается рейком, передний конец которого привязан рифовым узлом к обушку. В случае внезапного усиления ветра достаточно потянуть за конец шнура, и парус полностью обзвевтрится. Не составляет труда выдернуть мачту из степса и положить ее в лодку. При необходимости площадь паруса можно уменьшить, наверхнув его на мачту, но тогда его несут без рея или крепят рей к нижней части мачты. Парус можно сшить из любой прочной и плотной ткани: АМ-100, плащ-палатки, тика для пера, в крайнем случае из бязи.

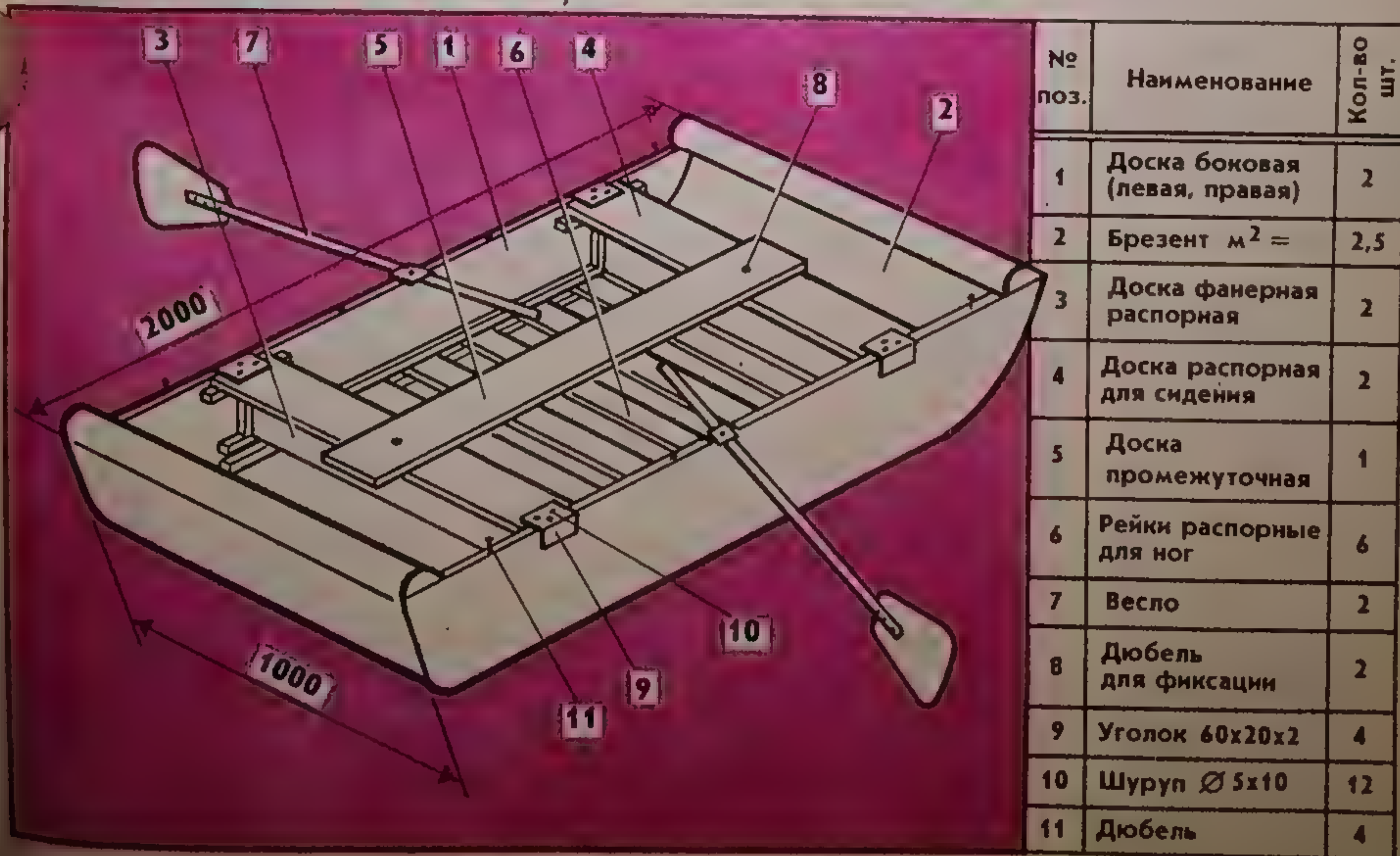
Складная лодка-плоскодонка

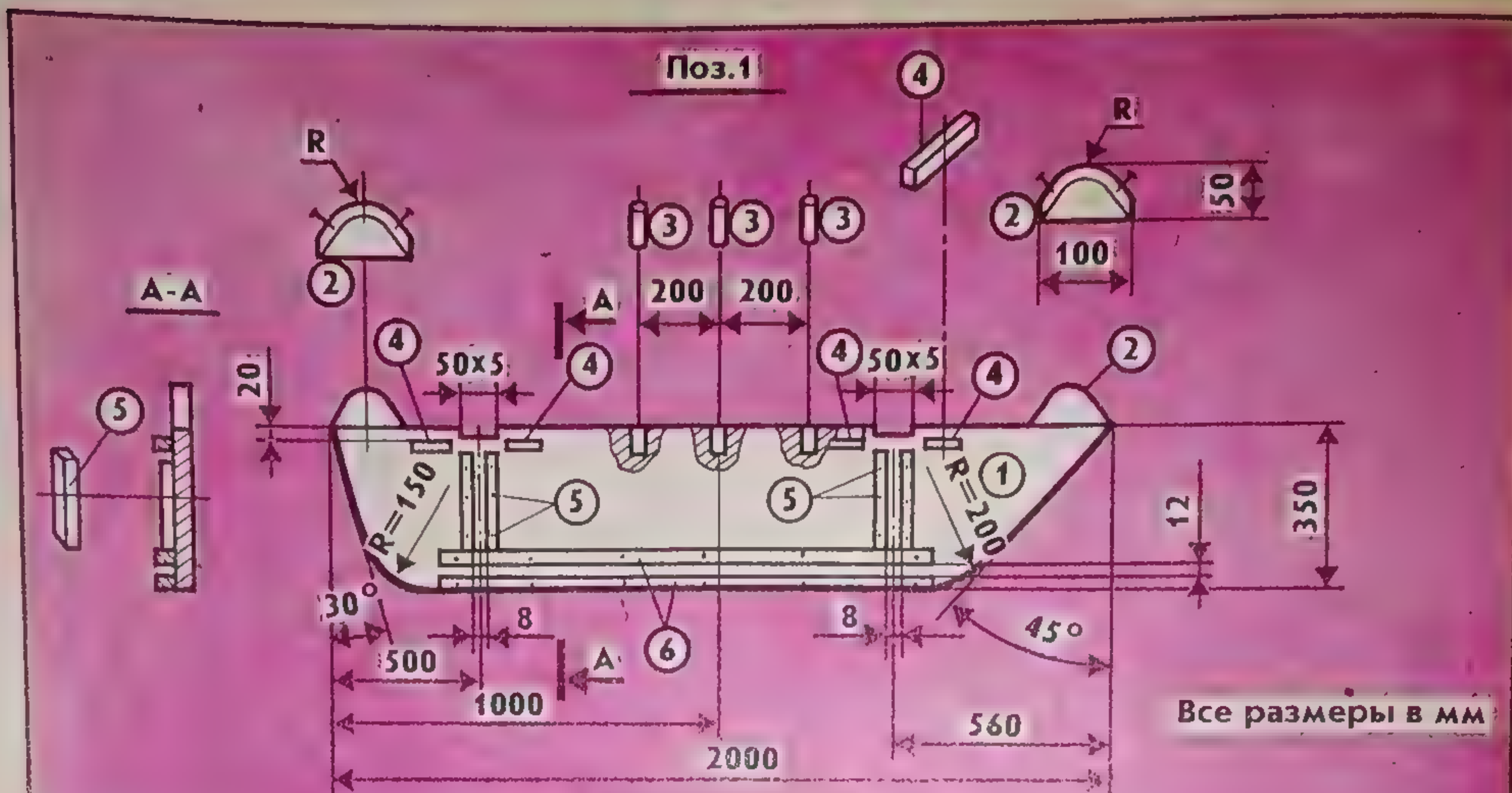
Ввиду того что рыбацкие резиновые лодки очень дороги и не каждый в состоянии их приобрести, я сделал двухместную лодку-плоскодонку (2×1 м), которая очень проста в изготовлении и прошла испытание в летний период 1993 года. Лодка легко и быстро собирается и разбирается, складывается в гармошку со всеми внутренними деталями, занимает немного места, поэтому ее можно транспортировать на любой легковой машине на багажнике сверху или внутри салона при откидывании переднего сиденья для пассажира. Вес лодки зависит от толщины доски и каркаса надстройки. При данной конструкции лодка весит 12 кг. Весла переставляются в гнезда в зависимости от удобств для рыбака. Лодку может изготовить любой любитель-рыболов.

Две боковые доски, желательно без сучков, простругивают и формируют под размер, как показано на основном чертеже общего вида (рис. 1). На две боковые доски (рис. 2, поз. 1) по торцевому нижнему контуру прибивают брезент (рис. 2,

поз. 2) гвоздями, желательно мебельными или толевыми с большой шляпкой, с частотой 50 мм. Места прибивки брезента к доске тщательно гудронят расплавленным битумом (марки 5) с двух сторон по шву, чтобы не просачивалась вода. Сам брезент с наружной и внутренней стороны пропитывают олифой, потом после просушки красят любой по цвету масляной краской. После просушки лодку оснащают вспомогательными разборными конструктивными деталями. На боковые доски, с внутренней стороны, набивают направляющие бруски 15×15 мм (рис. 2, поз. 1, дет. 4, 5, 6). Доски распорные (рис. 2, поз. 3) изготавливают из фанеры, обитой сверху брусочками для жесткости. Распорные доски легко вставляются в вертикальные направляющие брусочки (рис. 2, поз. 1, дет. 5) и распирают по бортам лодку. Сверху на распорные доски накладывают сиденья (рис. 2, поз. 4), которые фиксируются уголками. Для удобства сидения (одному человеку) вдоль лодки кладут продольную доску (рис. 2, поз. 5), которую фиксируют двумя дюбелями, свободно проходящими в отверстия. Конструкцию весел и замка на веслах можно де-

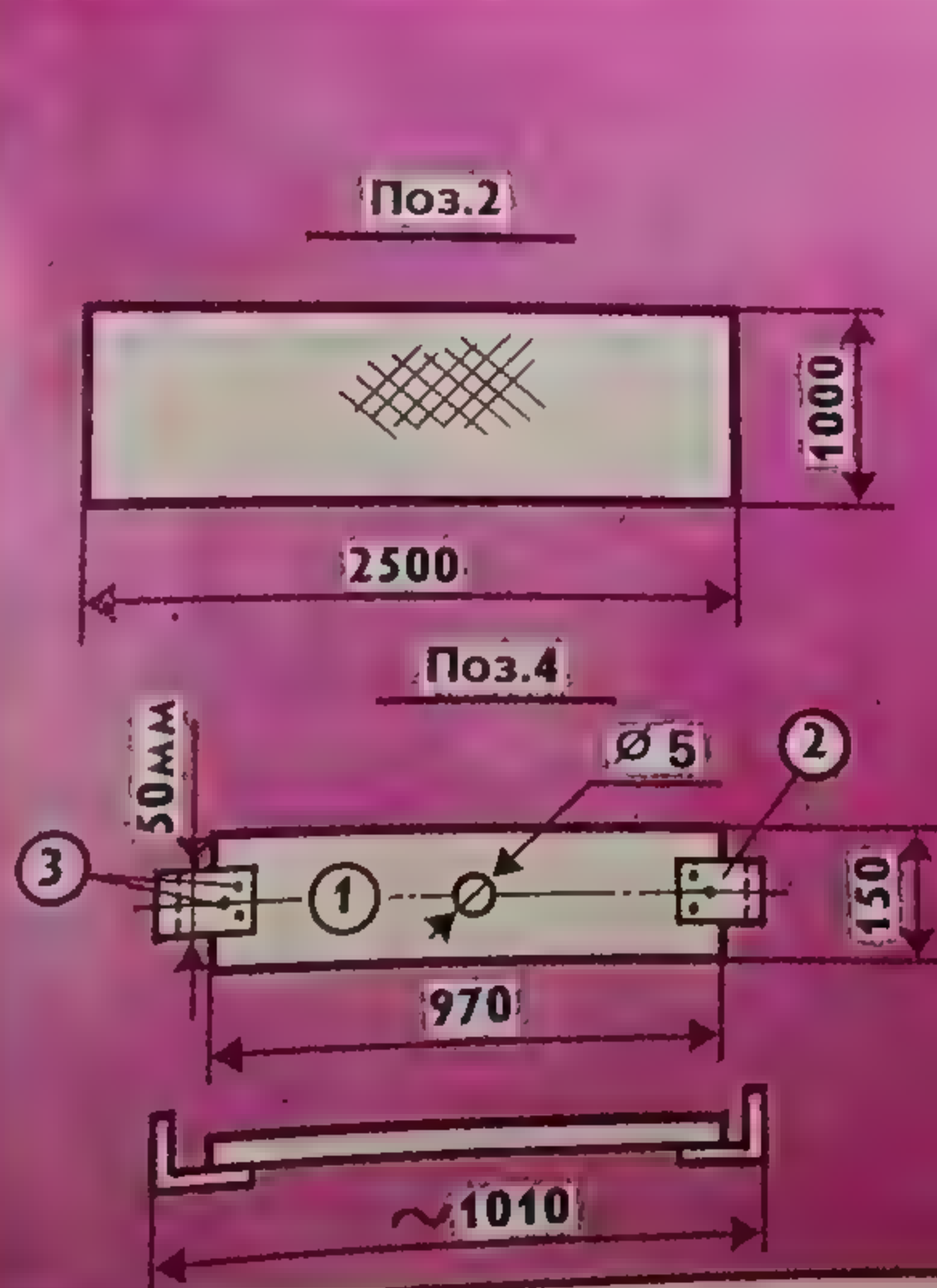
Рис. 1





Детали к поз. 1

№ дет.	Наименование детали	Кол-во шт.
1	Доска боковая (левая, правая) 2000 x 350 $\delta = 15$ мм	2
2	Наконечники деревянные 100 x 50 $\delta = 15$ мм	4
3	Трубка металлическая $\varnothing 8 \times 50$ мм	6
4	Брусok 15 x 15 мм $l = 100$ мм	8
5	Брусok 15 x 15 мм $l = 290$ мм	8
6	Брусok 15 x 15 мм $l = 1300$ мм	4

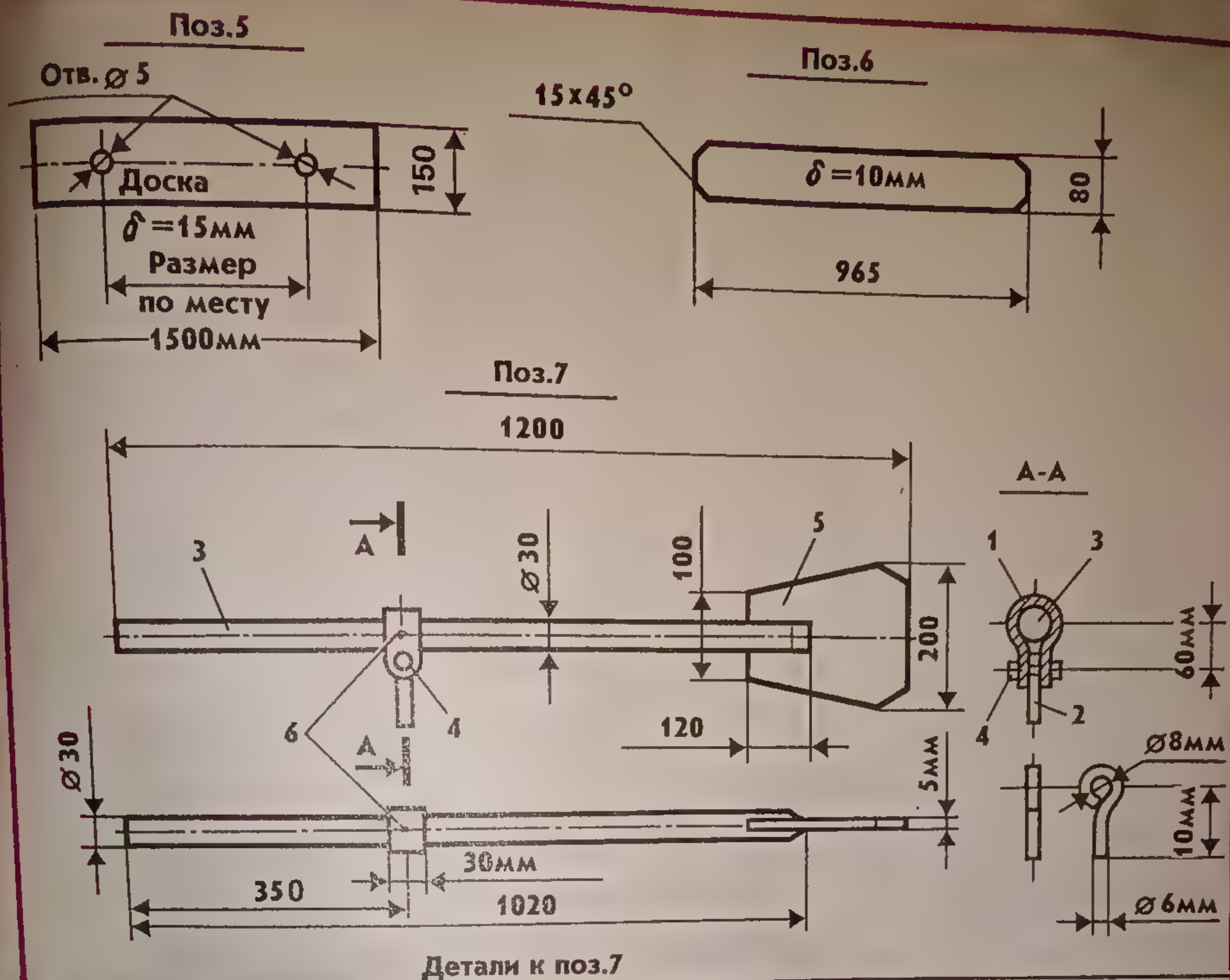


Детали к поз.3

1	Фанера 970 x 290 $\delta = 5$ мм	1 шт.
2	Брусok 15 x 15 мм $l = 970$ мм	2 шт.

Детали к поз.4

1	Доска распорная для сидения $\delta = 15$ мм	1 шт.
2	Уголок из металла 60 x 20 x 2 мм	2 шт.
3	Шурупы B5 x 10	6 шт.



Детали к поз.7

№ дет.	Наименование детали	Кол-во шт.
1	Замок	1
2	Петля Ø 6мм	1
3	Ручка деревянная Ø30 $l=1020$ мм	1
4	Болт с гайкой М6х25мм	1
5	Лопасть 300х200х100 $\delta=5$ мм	1
6	Шуруп • 5х10	3

Деталь №1 к поз.7

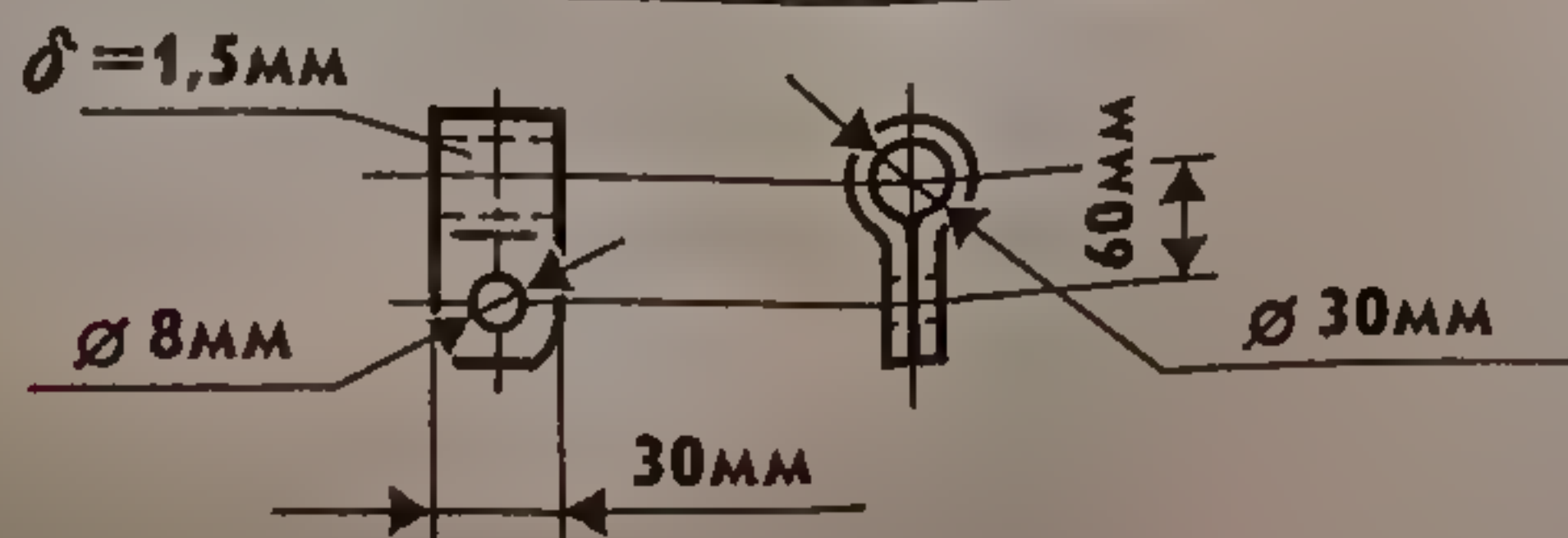


Рис. 2

лать по усмотрению самого мастера. В данном случае замок вставляют свободно в отверстия трубок, вмонтированных в борт в трех местах для удобства. Дощечки под ноги (рис. 2, поз. 6) свободно вставляют в горизонтальные нижние направляю-

щие брусочки 15х15 мм (рис. 2, поз.1, дет.6). Лодку закрепляют на воде к какому-либо якорю при помощи бечевки, которую привязывают к специальному дюбелю в борту. Таким образом, лодка готова к рыбной ловле.

Вопрос
Лепунова А.Н., Кемеровская обл.
Не могли бы вы рассказать о вязании
пуховых платков?

Ответ

НИКИТИНА Н.К.,
Читинская обл.

Пуховая шаль — это несложно

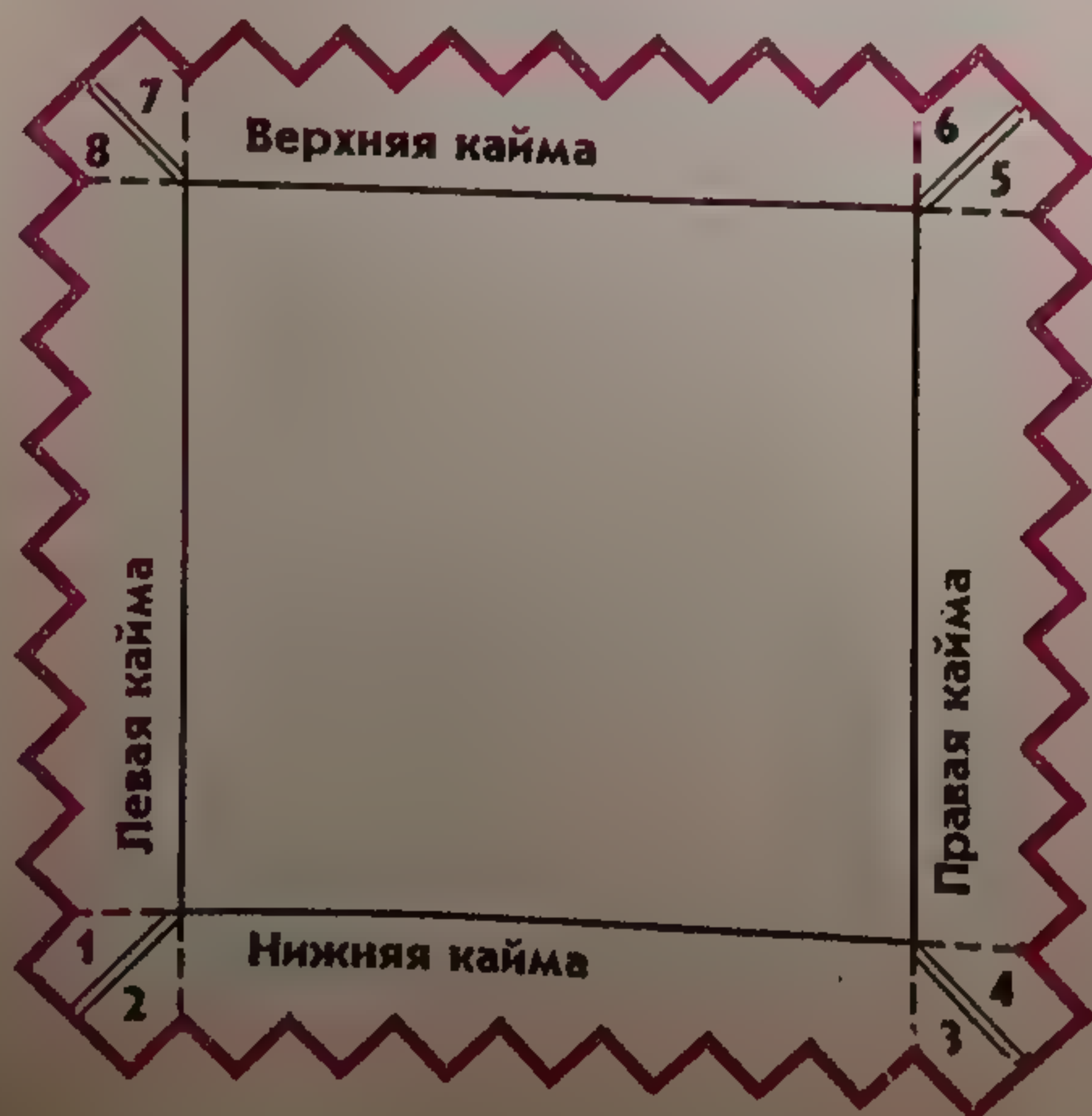
Пуховая шаль — вещь самобытная и практичная одновременно. Накинута на плечи, она дарит нам тепло и придает очарование. Связать такую вещь не столь уж сложно, как кажется на первый взгляд. Я научилась этому от мамы, а она освоила это искусство в 55 лет, выйдя на пенсию.

Итак, для вывязывания плотной пуховой шали вам потребуется 300 г пряжи из козьего пуха и спицы № 1, либо 100 г пряжи и спицы № 3, если вы хотите связать легкий и нарядный ажурный платок.

Начало вязания — углы № 1 и 2. Набрать 8 петель, считая и кромочные. Во всех последующих рядах кромочную петлю в начале ряда снимать, не провязывая, спицу вводить в петлю справа налево, рабочая нить должна находиться за работой. Кромочную петлю в конце ряда провязывать изнаночной.

1 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 лицевые

Рис. 1



(это осевые петли, т.е. середина ряда), 1 накид, 2 лицевые. В этом и последующих рядах лицевые петли вязать за передние стенки, накид делать движением руки к себе, 2 осевые петли во всех рядах вязать лицевыми (для удобства их следует помечать цветной нитью).

2, 4, 6, 8, 10 ряды — лицевые петли, накиды провязывать лицевыми.

3 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 лицевые.

5 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 лицевые.

7 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 лицевые.

9 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 2 лицевые.

11 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 петли вместе провязываются лицевой за задние стенки, 3 лицевые, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 3 лицевые, 2 петли вместе провязываются лицевой за задние стенки, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 лицевые.

Во всех последующих рядах 2 петли вместе провязывать лицевой петлей за задние стенки.

12, 14, 16, 18, 20 ряды — после кромочной 2 петли вместе, далее все петли лицевые и в конце ряда перед кромочной — 2 петли вместе.

13 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

15 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

17 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

19 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

21 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

22, 24, 26, 28, 30 ряды — лицевые петли.

23 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 лицевые.

25 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 лицевые.

27 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 лицевые.

29 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 2 осевые, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 2 лицевые.

31 ряд — 2 вместе, 1 накид, 4 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые; повторить от знака * 3 раза. Далее 1 накид, 2 осевые, 1 накид, * 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид; повторить от знака * 3 раза. В конце ряда — 4 лицевые, 1 накид, 2 лицевые и 1 кромочная.

32, 34, 36, 38, 40 ряды — после кромочной 2 петли вместе, далее все петли лицевые, в конце ряда перед кромочной — 2 петли вместе.

33 ряд — 2 лицевые, 1 накид, * 2 петли вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. Далее: 2 осевые, * 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 1 накид, 2 лицевые и кромочная.

35 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые; повторить от знака * 2 раза. Далее: 1 накид, 2 осевые, 1 накид, * 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 осевые и кромочная.

37 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых; повторить от знака * 2 раза. Далее: 1 накид, 2 осевые, 1 накид, * 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

39 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых; повторить от знака * 2 раза. Далее: 1 накид, 2 осевые, 1

накид, * 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

41 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые. Повторить от знака * 4 раза. Затем 1 накид, 2 осевые, 1 накид, * 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид; повторить от знака * 4 раза, в конце ряда 2 лицевые и кромочная.

42 ряд — лицевые петли.

42 рядом заканчивается вывязывание углов № 1 и 2. На спице — 50 петель, включая кромочные. Делим их на 2 равные части: петли угла № 1 снимите на булавку, а петли угла № 2 используйте для вязания нижней каймы. Осевые петли после деления станут кромочными.

Начнем вывязывать нижнюю кайму:

43 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. Далее 1 накид, 1 лицевая, 1 накид и кромочная.

44, 46, 48, 50 ряды — лицевые петли.

45 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 петли вместе, 3 лицевые, 2 вместе. Повторить от знака * 2 раза. В конце ряда 1 накид, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид и кромочная.

47 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда 1 накид, 2 лицевые, 2 вместе, 1 накид и кромочная.

49 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид и кромочная.

51 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 3 лицевые; повторить от знака * 4 раза. В конце ряда — 2 вместе, 1 накид, кромочная.

52, 54, 56, 58, 60 ряды — лицевые петли, в конце ряда перед кромочной провязывать 2 петли вместе.

53 ряд — 2 лицевые, 1 накид, * 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид. Повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 вместе, 2 лицевые, 1 накид, кромочная.

55 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, кромочная.

57 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид и кромочная.

59 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 3 вме-

сте, 1 накид, 7 лицевых; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 1 накид, 3 вместе, 1 накид и кромочная.

61 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые. Повторить от знака * 4 раза. В конце ряда 1 накид, 2 вместе, кромочная (перед кромочной петлей накид в этом ряду не делать).

62 и 64 ряды — лицевые петли.

63 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда 1 накид, 2 вместе, 1 накид и кромочная.

64-м рядом заканчивается вывязывание 1-го зубца каймы. Для каждого следующего зубца необходимо повторять узор с 45-го по 64-й ряд включительно. Свяжите кайму нужной длины и, не закрывая петли последнего ряда, приступайте к вывязыванию угла № 3.

Угол № 3

1 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 1 накид, 3 вместе и кромочная.

2, 4, 6 ряды — лицевые петли.

3 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 1 накид, 2 вместе и кромочная.

5 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая и кромочная.

7 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, * 1 накид, 2 вместе; повторить от знака * 3 раза. В конце ряда — 1 накид, 2 вместе.

8, 10, 12, 14 ряды — лицевые петли, в конце ряда перед кромочной петлей — 2 вместе.

9 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 3 вместе и кромочная.

11 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

13 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, кромочная.

15 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

17 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые; повторить от знака * 2 ра-

за. В конце ряда — 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая и кромочная.

18, 20, 22, 24, 26 ряды — лицевые петли.

19 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 3 вместе и кромочная.

21 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

23 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

25 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

27 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 3 вместе и кромочная.

28, 30, 32, 34, 36, 38, 40 ряды — лицевые петли, в конце ряда перед кромочной — 2 вместе.

29 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

31 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

33 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

35 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

37 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая и кромочная.

39 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе и кромочная.

Вы связали угол № 3. На спице — 5 петель. Теперь, не закрывая их, начинаем вязать угол № 4, одновременно делая прибавления из кромочных петель угла № 3.

Угол № 4

1 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе (одна из них кромочная), затем вывязываем 1 петлю из кромочной угла № 3 (вводим спицу под обе стенки кромочной).

2, 4, 6, 8, 10 ряды — лицевые петли.

3 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

5 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

7 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

9 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 7 лицевых,

ид, 2 вместе, 1

— лицевые пет-

накид, 1 лице-

ицевых, 2 вме-

ромочная.

накид, 3 лице-

ицевые, 2 вме-

ромочная.

накид, 5 лице-

ицевая, 2 вме-

ромочная.

накид, 7 лице-

накид, 2 вместе

накид, 4 лице-

ицевые, 1 на-

ряды — лицевые

д кромочной —

накид, 2 вместе,

ид, 2 вместе и

накид, 2 вместе,

ид, 2 вместе и

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

накид, 2 вместе

ид, 2

вых, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кро-

мочной.

11 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

12, 14, 16, 18, 20 ряды — лицевые петли, в конце ряда перед кромочной — 2 петли вместе.

13 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

15 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

17 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

19 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

21 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, * 3 лицевые, 1 накид, 1 накид, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза; 1 петля из кромочной.

22, 24, 26, 28, 30 ряды — лицевые петли.

23 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

25 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

27 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

29 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

31 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 вместе, * 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе; повторить от знака * 3 раза; 1 петля из кромочной.

32, 34, 36, 38, 40 ряды — лицевые петли, в конце ряда перед кромочной — 2 петли вместе.

33 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

35 ряд — 2 лицевые, 1 накид, * 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 петли вместе и 1 петля из кромочной.

37 ряд — 2 лицевые, 1 накид, * 2 вме-

сте, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 петли вместе, 1 петля из кромочной.

39 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 1 накид, 2 вместе, 1 петля из кромочной.

41 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые; повторить от знака * 4 раза. В конце ряда — 1 накид, 2 вместе (петлю из кромочной в этом ряду не вывязывать).

42 ряд — лицевые петли.

42 рядом заканчивается вывязывание угла № 4. На спице 25 петель, считая кромочные. Начиная с 43 ряда одновременно вяжите правую кайму, середину платка и левую кайму.

43 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе. Повторить от знака * 2 раза. Далее 1 накид, 2 вместе, 1 накид. Этой же спицей набрать петли из кромочных петель нижней каймы (спицу вводить под переднюю стенку кромочной). Петли левой каймы (угол № 1) перенести на вторую спицу. Продолжаем вязать: 1 накид, 2 вместе, * 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая. Повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 1 накид, 2 лицевые, кромочная.

44, 46, 48, 50 ряды — лицевые петли.

Середину платка вяжут во всех рядах лицевыми петлями (платочной вязкой), либо ажурным рисунком.

45 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 петли вместе, 3 лицевые, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 1 накид, * 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

47 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 2 лицевые, 2 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, 1 накид, 2 вместе, 2 лицевые, 1 накид, * 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

49 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе; повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, * 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1

накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

51 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые; повторить от знака * 4 раза. Затем 2 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, 1 накид, 2 вместе, * 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид. Повторить от знака * 4 раза. В конце ряда — 4 лицевые, 1 накид, 2 лицевые и кромочная.

52, 54, 56, 58, 60 ряды — после кромочной 2 петли вместе, далее лицевые петли середины платка, далее лицевые петли, перед кромочной 2 петли вместе.

53 ряд — 2 лицевые, 1 накид, * 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. Затем 2 вместе, 2 лицевые, 2 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, далее 1 накид, 2 вместе, 2 лицевые, 2 вместе, * 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе. Повторить от знака * 2 раза. Далее 1 накид, 2 лицевые и кромочная.

55 ряд — 2 лицевые, 1 накид, * 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. Затем 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, далее 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, * 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе. Повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 2 лицевые, кромочная.

57 ряд — 2 лицевые, 1 накид, * 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид. Повторить от знака * 2 раза. Затем 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, * 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. Далее 1 накид, 2 лицевые и кромочная.

59 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых; повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 3 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, * 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

61 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые; повторить от знака * 4 раза. Затем 1 накид, 2 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, далее 1 накид, 2 вместе, 1 накид, * 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид; повторить от знака * 4 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

62, 64 ряды — лицевые петли.

63 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе; повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 3 вместе, 1 накид, лицевые петли середины платка, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, * 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид. Повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

Далее узор повторяется с 45-го ряда (один зубец). Связав левую и правую каймы и середину платка, не закрывайте петли последнего ряда, этими же спицами вяжите теперь только петли углов № 5 и 6 так же, как и углы № 3 и 4. При этом в 1-м ряду угла № 5 (вяжется как угол № 3) в конце ряда вместо 3 петель провязывать 2 петли вместе. Связав углы № 5 и 6, переходим к выполнению верхней каймы. Она вяжется точно так же, как и нижняя (43 ряд — начало вывязывания нижней каймы). В конце каждого лицевого ряда кромочную петлю верхней каймы провязывайте изнаночной петлей вместе с очередной открытой петлей середины платка. После того как верхняя кайма будет связана, на спице останется 52 петли (26 петель верхней каймы и 26 петель левой). При этом узор той и другой каймы должен быть одинаковым (на спице находится провязанный 64 ряд). Теперь вывязываем углы № 7 и 8.

Углы № 7 и 8

1 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе. Повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 3 вместе за передние стенки, 3 вместе за задние стенки, 1 накид, * 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

2, 4, 6 ряды — лицевые петли.

3 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе. Повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, * 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид; повторить от знака * 2 раза. В конце ряда — 2 лицевые и кромочная.

5 ряд — 2 лицевые, * 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе. Повторить от знака * 2 раза. Затем 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, * 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид. Повторить от знака * 2 раза. Затем 2 лицевые и кромочная.

7 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, * 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, повторить от знака * 3 раза. Затем 1 лицевая,

накид, 1 лицевая, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая * 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид; повторить от знака * 3 раза. В конце ряда — 4 лицевые, 1 накид, 2 лицевые и кромочная.

8, 10, 12, 14, 16 ряды — лицевые петли, в начале ряда после кромочной и в конце перед кромочной провязывать 2 петли вместе.

9 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 3 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 3 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

11 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

13 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

15 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 3 вместе, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

17 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 3 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

18, 20, 22, 24, 26 ряды — лицевые петли.

19 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 1 лицевая, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

21 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

23 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

25 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 7 лицевых, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 5 лицевых, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

27 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 3 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 лицевые.

28, 30, 32, 34, 36, 38, 40 ряды — лицевые петли, в начале ряда после кромочной и в конце перед кромочной — 2 петли вместе.

29 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

31 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

33 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

35 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

37 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 3 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

39 ряд — 1 лицевая, 2 вместе, 2 вместе, 1 лицевая.

41 ряд — закрыть оставшиеся 6 петель.

В заключение хотелось бы кратко рассказать, как ухаживать за такими изделиями, как пуховые платки.

Если вы носите платок постоянно, то необходимо хотя бы раз в неделю подвергать его сухой чистке. Для этого насыпаем в таз пшеничную или картофельную муку и погружаем в нее платок, хорошенько потрем вещь, как бы стирая, и после этого вытряхнем.

Но наступает время, когда белым платкам подобная процедура перестает помогать. Тогда приходится стирать по-настоящему, используя синтетические моющие средства, предназначенные для стирки шерстяных тканей. После стирки, чтобы платок не потерял форму, его необходимо растянуть на специальных пальцах — деревянной раме по размеру платка — и оставить на них до полного высыхания.

27 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 3 вместе, 1 накид, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 4 лицевые, 1 накид, 2 лицевые.

28, 30, 32, 34, 36, 38, 40 ряды — лицевые петли, в начале ряда после кромочной и в конце перед кромочной — 2 петли вместе.

29 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 5 лицевых, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

31 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 3 лицевые, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

33 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 2 вместе, 1 лицевая, 2 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

35 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 вместе, 2 вместе, 1 накид, 3 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

37 ряд — 2 лицевые, 1 накид, 3 вместе, 3 вместе, 1 накид, 2 лицевые.

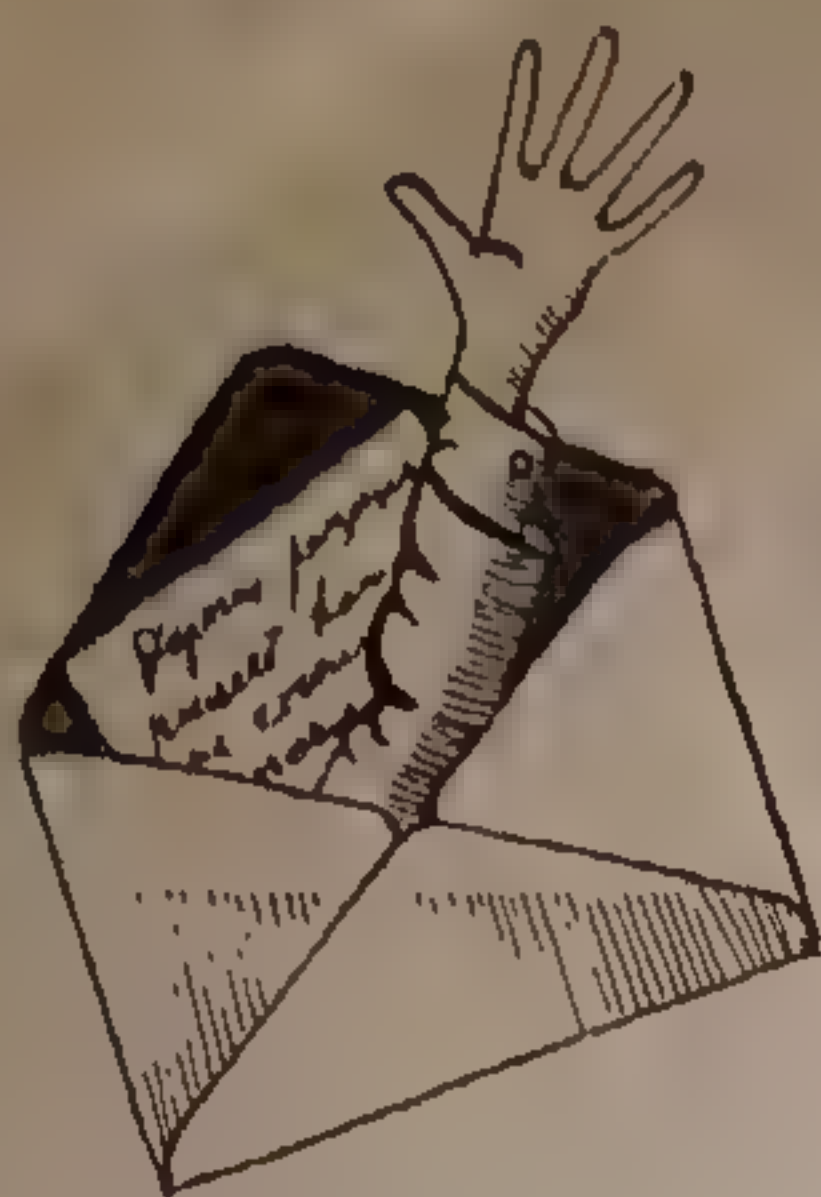
39 ряд — 1 лицевая, 2 вместе, 2 вместе, 1 лицевая.

41 ряд — закрыть оставшиеся 6 петель.

В заключение хотелось бы кратко рассказать, как ухаживать за такими изделиями, как пуховые платки.

Если вы носите платок постоянно, то необходимо хотя бы раз в неделю подвергать его сухой чистке. Для этого насыпаем в таз пшеничную или картофельную муку и погружаем в нее платок, хорошенько потрем вещь, как бы стирая, и после этого вытряхнем.

Но наступает время, когда белым платкам подобная процедура перестает помогать. Тогда приходится стирать по-настоящему, используя синтетические моющие средства, предназначенные для стирки шерстяных тканей. После стирки, чтобы платок не потерял форму, его необходимо растянуть на специальных пальцах — деревянной раме по размеру платка — и оставить на них до полного высыхания.



ЖДЕМ ОТВЕТ!

Виноградов А.В., *г. Новороссийск*

Прошу издать в ближайшем номере журнала материал о конструкции и изготовлении автоклава — агрегата для домашнего консервирования продуктов.

Саратник В.В., *Ленинградская обл.*

На нашем приусадебном участке много валунов. Подскажите способ колки больших твердых камней.

Бибик П.П., *Ростовская обл.*

Очень прошу описать в журнале конструкцию печи для обжига небольшого количества кирпичей (200—400 шт.).

Фокша С.Ф., *Ростовская обл.*

Расскажите в своем журнале о технологии изготовления ДСП из отходов деревообработки в условиях мастерской.

Белова Л.И., *Москва*

Напечатайте в журнале, как отремонтировать (перетянуть) диван, матрац, кресло.

Сибикин В., *Тамбовская обл.*

Опишите, как произвести позолоту по дереву, применяя при этом взамен золотой фольги ее заменитель — муссивное золото. Что оно из себя представляет? Можно ли его приготовить в домашних условиях?

Самолий А.В., *Кемеровская обл.*

Как изготовить раздвижные двери?

Захарова А.Е., *Республика Якутия*

Очень прошу в ближайших номерах журнала рассказать, как построить индивидуальную электростанцию — ветроагрегат.

Аржаков П.Т., *Республика Якутия*

Прошу описать, как изготовляют кон-

ную упряжь (дуга, хомут и т.д.), сани, легкие двухколесные рессорные телеги.

Митин Л.К., *Архангельская обл.*

Расскажите, как можно переделать «Буран» с гусениц на колеса.

Лебедев В.А., *г. Воронеж*

Сообщите в журнале, как можно изготовить небольшую маслобойню для производства из семян подсолнечника растительного масла.

Полухина, *г. Новосибирск*

Как можно самому сшить шапки мужские и женские из чернобурки, норки и других мехов?

Буров А.А., *Костромская обл.*

Расскажите в одном из номеров журнала о деревообрабатывающих станках.

Манкуев В.М., *Калининградская обл.*

Как возделывать огород на лоджии с использованием гидропоники?

Бернова Л.В., *Одесская обл.*

У нас каменный дом (6 лет). В прошлом году появились мелкие трещины на потолке. В этом году трещины стали шире. Как от них избавиться?

Вяткина Р.Д., *г. Омск*

Расскажите о ремонте ручных часов.

Фролова Н.Н., *Липецкая обл.*

Хочу научиться работать с шерстью. Опишите, как получить шерстяную нить, как вязать не только носки, но и другие вещи (юбки, кофты, свитера), как сделать так, чтобы шерсть не сваливалась?

Богданов В., *г. Мурманск*

Не могли бы вы опубликовать материал о приготовлении консервированной рыбы в собственном соку, в томатном соусе, о стерилизации грибов соленых, маринованных, вареных?

Дорогие читатели!

Мы рады новой встрече с вами. Несмотря на значительное повышение цены за полугодичную подписку, серия «Сделай сам» набрала неплохой по нынешним временам тираж — 109 тыс. экз. Как мы и обещали, в этом полугодии читатели по-лучат два полных номера журнала. Первый из этих двух номеров вы держите в руках.

В ближайших номерах мы собираемся опубликовать статьи на темы: «Абразивы и заточка бытового инструмента», «Корзиноплетение», «Ремонт холодильников», «Домашний пивовар», «Лесная аптека», «Продукты из молока», «Банные печи из нетрадиционных материалов», «Печи-малютки», «Строчевая вышивка (мережка)», «Декоративные изделия из кожи», «Оригинальная кулинария» и многие-многие другие. Значительное место в журналах займет раздел «Ответ получен», составленный по многочисленным откликам читателей-умельцев.

Всех вас редакция благодарит за обширную почту, за поддержку и за преданность нашему журналу!

НАПОМИНАЕМ: заказать рекламу в серии «Сделай сам» можно по адресу: 101835, Москва, пр. Серова, 4, издательство «Знание». Тел. 928-38-77, 924-21-64.

РАСЦЕНКИ: 4 сторонка обложки — 1,5 млн. руб.; 1/2 — 750 тыс. руб.; 1/4 — 375 тыс. руб.; 1 журнальная полоса — 1 млн. руб.; 1/2 — 500 тыс. руб.; 1/4 — 250 тыс. руб. Предоплата 50% — обязательное условие для размещения рекламы. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

*Издательство «Знание»
объявляет подписку на оригинальное издание
в 2-х томах*

«ДЕТСКАЯ ДОМАШНЯЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ»

Из «*Детской домашней энциклопедии*» ваш ребенок узнает:

- ◆ как сделать своими руками простые и полезные вещи (раздел «Умелые руки — лекарства от скуки»);
- ◆ как стать сильным и ловким (раздел «Уроки здоровья»);
- ◆ как заштопать дырку, вывести пятно, связать шарф (раздел «Пусть тебя не назовут неряхой»);
- ◆ как приготовить вкусный и несложный обед, накрыть стол, принять друзей (раздел «Учимся стряпать»);
- ◆ как ухаживать за домашними животными (раздел «Твой домашний зоопарк»);

и наконец, как организовать свой досуг (раздел «Игра — дело серьезное»).

«*Детская домашняя энциклопедия*» поможет любому ребенку найти себе занятие по душе, и вам всегда будет что ему предложить, когда он скажет: «Мне нечего делать!»

Параметры издания: увеличенный формат (84x108 1/16), твердый целлофанированный переплет (7Бц), красочные иллюстрации, объем каждого тома — около 300 стр.

Выход энциклопедии — декабрь 1994 г. — январь 1995 г. Рассылаться будут два тома одновременно.

Условия подписки:

Подписка проводится до 15 декабря 1994 г. только на территории Российской Федерации.

Денежные переводы с указанием Ф.И.О. и точного почтового адреса заказчика отсылаются по адресу: 101835, Москва, пр. Серова, 4, издательство «Знание». За «Детскую домашнюю энциклопедию».

Стоимость подписки:

Для жителей Москвы и Московской области (получение книг в издательстве) — 35 тысяч руб. за 2 тома.

По России (с учетом почтовых услуг) — 50 тысяч рублей.

**Издательство «Знание»
объявляет подписку на сборник,
подготовленный по материалам
нашей серии
«СДЕЛАЙ САМ»**

«Безрукий, не там руки пришиты», — грубовато, но весьма точно характеризовал народ людей неумелых, нерукодельных.

Идя навстречу многочисленным просьбам наших читателей, мы подготовили сборник по материалам популярной серии «Сделай сам» (индекс 70197), адресованный умельцам на все руки. Сборник содержит шесть разделов: «Умельцы умельцам», «Строителями не рождаются», «Наш агросам», «Детский уголок», «Игла да булабочка», «Сделайсамовская смесь». Эта книга — первая попытка систематизировать богатый и разнообразный материал журнала за 1989—1993 гг. Здесь читатели смогут найти ответы на многие свои извечные вопросы: «Как сделать?» Охват тем в сборнике очень широкий — от советов автолюбителям, сантехникам, электрикам, телемастерам, жестянщикам, строителям, сапожникам... до советов садоводам и огородникам.

Выход сборника «Умельцы умельцам...» — октябрь—ноябрь 1994 г.

Условия подписки:

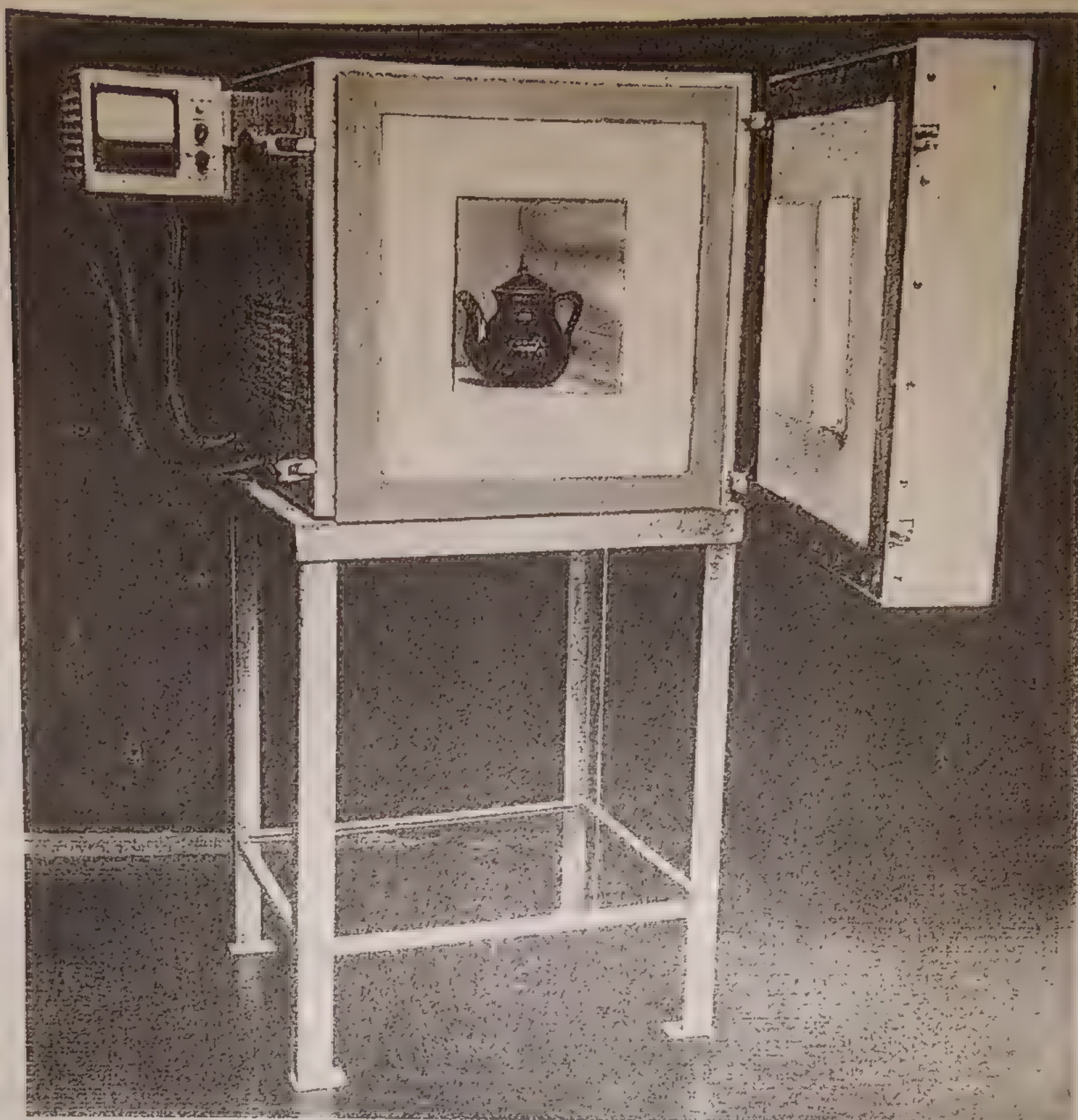
Подписка проводится до 15 ноября 1994 г. только на территории Российской Федерации.

Денежные переводы с указанием Ф.И.О. и точного почтового адреса заказчика отсылайте по адресу: 101835, Москва, пр. Серова, 4, издательство «Знание». За сборник «Умельцы умельцам...».

Стоимость подписки:

Для жителей Москвы и Московской области (получение книги в издательстве) — 4 тысячи рублей.

По России (с учетом почтовых услуг) — 7 тысяч рублей.



*Фирма «Тжель-Москва»
реализует:*

◆ Камерные электропечи с объемом рабочего пространства до 100 литров, предназначены для вжигания живописи по стеклу и фарфору, для обжига керамики, каменной керамики и фарфора. Печи просты по конструкции и удобны в эксплуатации, укомплектованы системой программного регулирования температурой.

◆ Термокамеры с циркуляцией воздуха для термообработки, сушки и стерилизации изделий и материалов, вулканизации резины.

Адрес: 103006, Москва, ул. Петровка, 32

Тел.: 200-06-70; 299-64-77.

•1696•1996•ФЛОТ РОССИИ•



•ЛОТЕРЕЯ "СОЗВЕЗДИЯ"•

МОМЕНТАЛЬНО

ЛОТЕРЕЯ «СОЗВЕЗДИЯ»

МЕЖДУНАРОДНОГО ГУМАНИТАРНОГО ФОНДА «ЗНАНИЕ»
И СШЕСТВА «ЗНАНИЕ» РОССИИ

Вы сделаете правильный выбор, купив наш лотерейный билет.

Благотворительная лотерея «Созвездия», первый тираж которой посвящен 300-летию флота России, проводится с целью сбора средств в поддержку национальных традиций, культуры для социальной поддержки военных моряков. Каждый третий лотерейный билет — выигрышный. Максимальный приз — 5 миллионов рублей.

Стоимость одного лотерейного билета — 100 рублей.

Выигрыши до 20000 тысяч рублей выплачиваются немедленно по месту приобретения лотерейных билетов. Выигрыши от 100000 рублей до 5000000 рублей выплачиваются до 31 января 1997 года Международным гуманитарным фондом «Знание» по адресу: Москва, пр. Серова, 4, подъезд 8.

Тел.: (095) 924-53-82

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ



ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

1986/6

А.И. Тартаковская

Рекомендации ОФТАЛЬМОЛОГА



ГЛАЗ И ЕГО ФУНКЦИИ

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕТЧАТКИ

КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ



Издается
ежемесячно
с 1964 г.

6' 86

А.И. Тартаковская

Рекомендации

ОФТАЛЬМОЛОГА

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Из истории отечественной офтальмологии	4
Глаз и его функции	13
Заболевания сетчатки глаза сосудистого происхождения	18
Хроническое нарушение кровообращения в сосудах сетчатки	21
Заболевания глаз при диабете	24
Современные достижения в диагностике и лечении заболеваний сетчатки	26
Близорукость	28
Гигиена зрения детей	31
Глаукома	32
Рекомендации врача больным глаукомой	35
Катаракта	36
Лечение катаракты	38
Контактные линзы	40
Заболевания и лечение глаз в пожилом возрасте	43
Медикаментозное лечение глазных болезней у людей пожилого возраста	47

ББК 56.7
Т21

Автор: А. И. ТАРТАКОВСКАЯ, доктор медицинских наук.

Рецензент: Л. П. Козлова, доктор медицинских наук.

Тартаковская А. И.

Т21

Рекомендации офтальмолога. — М.: Знание, 1986. — 48 с. — (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 6).
15 к.

Автор брошюры, опытный офтальмолог, дает советы читателям, как сберечь зрение, предупредить острые и хронические заболевания глаз. В брошюре изложено прошлое, настоящее и проблемы будущего офтальмологии. Обращено внимание на возможности профилактики болезней глаз как в детском, так и в пожилом возрасте.

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

4120000000

ББК 56.7

Редактор Б. В. САМАРИН

ВВЕДЕНИЕ

Такая наука, как офтальмология, еще сравнительно недавно считавшаяся частной, на современном уровне развития медицины приобретает все более широкое значение. Это можно объяснить увеличением общей продолжительности жизни людей на нашей планете, а следовательно, увеличением числа людей, нуждающихся в помощи офтальмолога.

Офтальмология имеет дело с очень сложным органом. Учение о глазе и его болезнях базируется на таких науках, как физика, химия, биология, физиология, физиологическая оптика. Близки к офтальмологии многие аспекты хирургии, а также психологии и даже социологии.

«Из всех органов чувств человека глаз всегда признавался наилучшим даром и чудеснейшим произведением творческой силы природы. Поэты воспевали его, ораторы восхваляли, философы прославляли его как мерило, указывающее на то, к чему способны органические силы, а физики пытались подражать ему как недостижимому образцу оптических приборов», — говорил крупнейший немецкий ученый Герман Гельмгольц.

Максим Горький писал: «Ничего не может быть страшнее, как потерять зрение. Это невыразимая обида, она отнимает у человека девять десятых мира». Наши глаза являются важнейшим оружием познания внешнего мира, так как основная часть информации об окружающем поступает в мозг именно через орган зрения. Наука о здоровом глазе и его болезнях — офтальмология переживает период бурного развития.

Врачи сегодня уже успешно лечат некоторые глазные заболевания, которые еще несколько лет назад казались неизлечимыми. Однако есть еще много

нерешенных вопросов, связанных с возвращением зрения, которые предстоит решать. Ведь, например, некоторые причины слепоты и снижения зрения с годами изменяются. Кроме того, в разных странах в зависимости от уровня экономического и социального развития, этнографических особенностей, бытовых традиций структура причин слепоты существенно отличается.

К настоящему времени, по данным Всемирной организации здравоохранения, на земном шаре насчитывается более 40 миллионов слепых людей. Около 80 % из этого числа относятся к населению слаборазвитых стран Юго-Восточной Азии, Африки и Латинской Америки. Главными виновниками утраты зрения у этих людей являются трахома, эпидемические и паразитарные заболевания.

В развитых странах среди причин слепоты сейчас ничтожно малое место занимают инфекции глаза и связанные с ними помутнения роговой оболочки — бельма, возникающие вследствие трахомы и других инфекционных болезней глаз.

Среди причин слепоты и снижения зрения в настоящее время в развитых странах на первый план выдвигаются врожденные и наследственные поражения глаз у детей и заболевания глаз у пожилых людей при общих нарушениях организма, главным образом, диабете и атеросклерозе (группа сосудистых заболеваний глаз). Сюда же следует отнести глаукому и катаракту. Возрастание указанных болезней глаз в пожилом возрасте — это своеобразная плата за долгожительство.

Есть еще одна причина ухудшения зрения и слепоты, общая для всех возрастов. Это травмы и ожоги глаз. Сейчас очень много делается, чтобы в случае любого повреждения оказать экстренную глазную помощь пострадавшему. При повреждениях глаз наши офтальмохирурги применяют новый комплекс восстановительной хирургии глаз, который в ряде случаев избавляет больных от слепоты. Анализ причин и обстоятельств повреждений глаз на производстве показывает, что в большинстве случаев их можно было бы избежать при выполнении сравнительно несложного комплекса профилактических мер.

Важной социальной проблемой является высокая осложненная близорукость: она редко заканчивается слепотой, но чаще, чем другие болезни, приводит к инвалидности по зрению. Нередко инвалидами становятся люди молодого, самого работоспособного, возраста.

Каждая форма заболеваний глаз, если она ведет к снижению зрения и к слепоте, является серьезной и опасной. Однако в офтальмологии существуют определенные разграничения. Казалось бы, слово «слепота», понятно всем — оно означает, что человек перестал видеть или видит плохо.

Но глазные врачи этот недуг делят на слепоту излечимую и неизлечимую. И это очень важная и актуальная проблема в практике офтальмологии. Надо предельно четко знать, когда можно добиться восстановления зрения, а когда ничего, кроме поддержания сохранившегося зрения, сделать нельзя.

В настоящей брошюре нам хотелось бы рассказать о тех проблемах и поисках, которые ведут наши ученые-офтальмологи для возвращения людям зрения, и ответить на множество вопросов, возникающих у наших пациентов.

Советская офтальмология за последние десятилетия развивается оригинальным и самостоятельным путем исходя из основных принципов советского здравоохранения.

Профилактическое направление традиционно в офтальмологии. Именно на этом пути ликвидирована трахома, которая была основной причиной слепоты в царской России. История офтальмологии не знает таких беспрецедентных успехов в ликвидации столь грозного заболевания, каким являлась трахома.

Такая же по масштабам деятельность развернулась по активному выявлению больных глаукомой, борьбе с глазными травмами и по охране зрения детей. Не касаясь развития сети глазных учреждений и роста кадров, скажем лишь, что число врачей-окулистов увеличилось за последние 50 лет в десятки раз.

В развитии советской офтальмологии нельзя не подчеркнуть большие заслуги старшего поколения, тех, кто на заре Советской власти, еще при формирова-

нии советского здравоохранения прославил и обогатил отечественную офтальмологию.

Сегодня, возможно, не кажется необычным, что наше поколение обладало счастьем видеть, слышать и непосредственно учиться у выдающихся зачинателей советской офтальмологии. Сформировались крупные научные школы: В. П. Филатова, В. В. Чирковского, К. Х. Орлова, М. И. Авербаха, В. П. Одинцова.

Именно им мы обязаны не только огромными достижениями в науке, но и оригинальными направлениями в офтальмологии. Они дали стране целую плеяду крупных ученых-офтальмологов.

Может быть, в этом и есть главная черта настоящего ученого — передавать эстафету науки молодым. Наверное, в этом-то заключается бессмертие науки. Ученый передает свое кредо, свои идеи и мысли другому поколению, а другое — третьему. При такой хорошо налаженной преемственности научных знаний, что особенно свойственно советской медицине, каждого ученого воодушевляет мысль, что его труды на благо человека будут восприняты его последователями и что его участие в развитии науки не забудется.

ИЗ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Трудно установить истоки дела врачевания глазных болезней в нашей стране. Известно немало народных средств, применяемых для лечения глаз, средств, в которых проявилась большая наблюдательность и практический врачебный опыт, несомненно имеющих корни в самой глубокой древности.

Сейчас древние способы лечения сохранились лишь в виде отдельных приемов народной медицины, например вдывание в глаз сахарной пудры, кровопускание, определенные диетические указания (такие, как избегать меда при золотушных заболеваниях глаз у детей). Все это, по-видимому, отдельные фрагменты системы лечения, которой пользовались наши предки задолго до появления в Государстве Московском первых лекарей-иноземцев.

Медицина Киевской Руси, а затем и Руси Московской, несомненно, испытала на себе известное влияние со стороны византийской науки. Это влияние сказалось и на развитии нашей народной медицины, в которой наряду с очень правильными, дельными указаниями встречаются и элементы наговора, магии. Таковы народные средства, применяемые при лечении ячменей, некоторых острых воспалений глаз и т. п.

Указанных средств, впрочем, отнюдь не чуждались и иноземные окулисты, которые начали появляться в нашей стране в начале XVII века. Уже при дворе царя Алексея Михайловича имелись вывезенные из-за границы лекари-окулисты, но сфера их профессиональной деятельности была крайне ограниченной, ибо подавляющее большинство даже наиболее передовых людей того времени лечило свои глаза с помощью испытанных средств народной медицины.

Характерное для помещичье-дворянской верхушки русского общества XVIII века увлечение всем иностранным, принимавшее часто уродливые формы раболепия перед Западом, привело к тому, что дело насаждения у нас своей, отечественной медицины не получило на первых порах достаточно широкого развития. Эту судьбу разделила и офтальмология.

Интересно отметить, что наряду с официальной медициной уже с самого начала XIX века в России появляются офтальмологические учреждения общественного, отчасти благотворительного характера, которые быстро завоевывают ведущую роль. Уже в 1806 году в Петербурге была открыта на средства Медико-филантропического общества глазная больница — первая специальная глазная лечебница не только в России, но и во всем мире.

Хотя старейший в Англии Лондонский глазной госпиталь был открыт в 1805 году, но в первые несколько лет своего существования он не являлся чисто глазным специализированным учреждением, обслуживая больных с заболеваниями глаз и органов слуха. Во всех других странах первые специальные глазные больницы стали появляться лишь в 20-х годах XIX века.

Петербургская глазная больница, несмотря на свои сравнительно небольшие размеры, являлась хорошо оборудованным, передовым для того времени учреждением, располагавшим самостоятельной глазной амбулаторией и проводившим большую лечебную работу. Таким образом, быстро растущая русская офтальмология уже и в то отдаленное время выдвинулась на передовое, ведущее место.

Однако в то время в России еще остро ощущался недостаток в специально обученных кадрах врачей-окулистов. В первых русских медицинских учебных заведениях преподавание офтальмологии велось на курсе общей хирургии и носило чисто теоретический характер, не давая учащимся необходимых практических знаний.

Первую самостоятельную кафедру офтальмологии в России открыли в 1816 году при Петербургской медико-хирургической академии. Вскоре же (в 1818 году) была создана и Первая специальная глазная клиника в помещении 2-го сухопутного военного госпиталя. Помещение и оборудование вновь созданной клиники далеко уступало Петербургской глазной лечебнице, развившейся к тому времени в образцовое лечебное заведение.

Начатое было переоборудование глазной клиники пришлось приостановить, так как новый устав Военно-медицинской академии (принятый в 1835 году) в отличие от прежнего устава не предусматривал самостоятельной кафедры офтальмологии. Теоретический и практический курс глазных болезней излагался снова на кафедре общей хирургии.

Выделенные для глазных больных восемь коек при хирургической клинике никак не могли удовлетворить потребность учащихся, и для нужд преподавания пришлось по-прежнему пользоваться необорудованным клиническим отделением 2-го сухопутного военного госпиталя.

Между тем в Московском университете уже с 1836 года началось самостоятельное преподавание офтальмологии. В качестве клинической базы главным образом служила Глазная больница на Тверской улице (ныне улица Горького).

го), основанная еще в 1826 году. Эта большая и хорошо оборудованная больница была подходящей базой для клинического изучения глазных болезней.

Во главе указанной больницы стоял опытный офтальмохирург и общественный деятель Петр Федорович Броссе. Он был и первым историографом отечественной офтальмологии — в 1827 году вышла в свет его работа «Замечания о настоящем положении окулистики вообще и об успехах оной в России».

Однако подготовка специалистов-офтальмологов была все еще недостаточной. Остро стала ощущаться необходимость урегулирования преподавания офтальмологии и в Военно-медицинской академии. В 1860 году устав Военно-медицинской академии вновь пересматривается и офтальмология снова вводится в качестве самостоятельного обязательного предмета. Наряду с теоретическим курсом возрождаются и практические клинические занятия, базой для которых явилось отделение новой больницы Виллье, открытой в Петербурге в 1873 году.

Развитие офтальмологии в середине XIX века, обогащение ее изобретением ряда новых сложных приборов и аппаратов и введение их в клиническую практику потребовали нового оснащения глазных клиник.

Перед профессорами, занявшими две первые в России университетские кафедры офтальмологии (Т. Юнге — в Петербурге и К. Браун — в Москве), встала проблема оборудования и оснащения клинических баз этих кафедр и организации их работы. Они хорошо справились с этой задачей.

Во всяком случае, когда в 1882 году кафедру офтальмологии в Петербургской военно-медицинской академии получил ученик Юнге, профессор В. И. Добровольский, он нашел в больнице Виллье крупное специализированное, хорошо оборудованное для того времени клиническое глазное отделение, где он мог проводить самые разнообразные глазные операции, вести не только преподавание, но и большую лечебную и научную работу.

В Москве кафедру офтальмологии после К. Брауна получил в 1890 году

Алексей Николаевич Маклаков, который уже с 1864 года работал в Московской глазной больнице, а с 1871 года в качестве доцента вел на этой базе клинический курс глазных болезней.

В 1892 году Московский университет получил собственную большую, специально приспособленную для целей преподавания глазную клинику. Оборудованная с участием А. Н. Маклакова, использовавшим при этом свой многолетний опыт работы в глазном стационаре, Глазная клиника медицинского факультета Московского университета являлась в то время лучшим европейским учреждением такого типа.

Восхищенные отзывы ряда крупнейших представителей западно-европейской офтальмологической науки, собравшихся на международный конгресс в Москве в 1897 году, свидетельствуют о том, насколько крупным событием в масштабах мировой офтальмологической науки явилось создание этой клиники. Так родилась клиника глазных болезней 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова.

В 70-е и 80-е годы XIX века был создан ряд глазных клиник и при провинциальных русских университетах. Кафедры глазных болезней открываются в Харькове, затем в Киеве, в Дерпте, Казани и, наконец, в Одессе. Каждая из этих кафедр выдвигает отдельных крупных деятелей в области научной и практической офтальмологии; большинство из них создает свои школы и направления. Быстро движется вперед офтальмология, меняются не только технические приемы, но и основные направления науки. Но и в этом непрерывном поступательном движении намечаются свои течения, выдвигаются отдельные яркие, колоритные фигуры.

Такой яркой фигурой среди представителей старой русской офтальмологии в Петербурге являлся весьма опытный врач и прекрасный офтальмохирург профессор Владимир Иванович Добровольский.

Ценный вклад внес профессор В. И. Добровольский в дело изучения рефракционных аномалий глаза (близорукость, дальнозоркость, астигматизм). Именно его работы и положили, по-ви-

димому, начало тому особому вниманию, каким неизменно пользовались вопросы офтальмологической оптики в Петербургской глазной клинике.

В то же время профессор В. И. Добровольский, как, впрочем, и многие хирурги того времени, относился пренебрежительно к асептике и антисептике, считая их ненужным модным новшеством; до конца своей деятельности он не применял никакого наркоза или обезболивания при глазных операциях, а громким пением заглушал стоны и крики оперируемых.

Крупнейшие преобразования были проведены в Петербургской глазной клинике в 1893 году, когда во главе ее стал ученик В. И. Добровольского профессор Леонид Георгиевич Беллярминов. По-иному стала проводиться хирургическая работа — строгая асептика и применение обезболивающих средств стали обязательным условием при всех глазных операциях. Хирургическое мастерство, большой интерес к вопросам офтальмологической оптики, большое значение, придававшееся еще В. И. Добровольским офтальмологической диагностике как в клинической, так и в педагогической деятельности окулиста, нашли свое отражение в работах его преемника по кафедре, а потом и всей петербургской офтальмологической школы.

Мировую известность доставили профессору Л. Г. Беллярминову его замечательные исследования по физиологии глаза, главным образом его экспериментальные работы по вопросам внутриглазного обмена. Он изобрел первый в мире прибор для автоматической записи колебаний внутриглазного давления, испытал его при соответствующих экспериментах на животных, а также применил впервые метод фотографической регистрации движений зрачка. Ценным вкладом в науку являются его исследования по физиологической оптике и по изучению действия на глаз различных лекарственных веществ.

Л. Г. Беллярминов известен и как крупный общественный деятель, возглавлявший в течение 30 лет Ленинградское офтальмологическое общество, как организатор здравоохранения и создатель так называемых летучих глазных отрядов,

сыгравших в свое время большую роль в борьбе с распространением трахомы и слепоты среди населения России.

Конец XIX и начало XX века ознаменовались рядом крупных успехов московской офтальмологической школы. Высококвалифицированный окулист-клиницист, крупный ученый, шедший своим оригинальным путем в науке, Алексей Николаевич Маклаков был признанным руководителем московской школы окулистов того времени. В прекрасно оборудованной и богато оснащенной новой университетской клинике на Девичьем поле при профессоре А. Н. Маклакове (1890—1895), как и при его ближайшем преемнике профессоре А. А. Крюкове (1895—1908), велась большая научная и практическая работа.

Много ценных офтальмологических приборов было изобретено и введено в практику врача-окулиста профессором А. Н. Маклаковым. Достаточно упомянуть его тонометр, до сих пор остающийся наиболее точным из приборов, применяющихся в клинической практике для измерения высоты внутриглазного давления. Много работал А. Н. Маклаков и в совершенно новой в то время области — физиотерапии глаза.

Его исследования люминесценции и изучение люминесцирующих сенсibilизаторов при лечебном облучении глаза, сконструированный и широко применявшийся им в клинической практике специальный прибор для вибрационного массажа роговой оболочки получили заслуженное признание современников.

Изучая действие света на органы зрения, А. Н. Маклаков не оставил без внимания и тот вред, который может причинять резкое концентрированное действие лучистой энергии на зрение рабочих при некоторых производственных процессах. Он первый отметил необходимость профилактических мероприятий по предохранению глаз на производстве.

Крупнейшим деятелем отечественной офтальмологии является преемник А. Н. Маклакова по кафедре в Московском университете Адриан Александрович Крюков.

Если в деле развития офтальмологической науки вообще профессор А. А. Крюков и не оставил после себя

такого большого следа, как его предшественник, то как организатор преподавания офтальмологии он заслужил глубокую признательность нескольких поколений русских врачей.

Почти полвека изучение глазных болезней во всех высших медицинских учебных заведениях нашего Отечества велось по классическому руководству профессора А. А. Крюкова, несколько модернизированному в советских изданиях профессором В. П. Одинцовым. Шрифты для исследования остроты зрения, составленные А. А. Крюковым, явились первыми отечественными таблицами для проверки остроты зрения. Ими до настоящего времени пользуются советские окулисты.

Большое участие принял А. А. Крюков вместе со своим учителем А. Н. Макаковым, профессором Ф. О. Евецким и популярнейшим московским окулистом того времени — главным врачом Московской глазной больницы доктором С. Н. Лажечниковым — в создании Московского общества глазных врачей. Это общество, возникшее в 1887 году из маленького кружка московских окулистов, выросло за 98 лет своего существования в крупное научное общество, которое объединяет всех окулистов Москвы. Московское общество глазных врачей играло и играет в настоящее время положительную роль в развитии отечественной офтальмологической мысли.

Не меньшее значение в этом отношении имел и первый русский специальный офтальмологический журнал «Вестник офтальмологии», основанный в 1884 году киевским профессором А. В. Ходиным. В 1904 году, после смерти профессора А. В. Ходина, редакция журнала была переведена в Москву, и во главе ее встал А. А. Крюков, а после него — профессор С. С. Головин. Создание своего русского печатного органа послужило основой для формирования и развития специальной офтальмологической русской литературы. Журнал объединил окулистов не только Петербурга, Москвы, Киева, но и ряда других русских городов, где начали организовываться глазные лечебницы или клиники при университетах.

Исключительно яркой и своеобразной фигурой среди окулистов России в конце XIX и начале XX века был Леонард Леопольдович Гиршман, создатель офтальмологической клиники Харьковского университета, которой он руководил в течение многих лет. Пройдя, как и большинство профессоров-окулистов того времени, хорошую офтальмологическую школу в России и за границей, он написал несколько серьезных научных работ по физиологии глаза и патологии цветного зрения. Впоследствии Л. Л. Гиршман оставил теоретические научные исследования, отдав все свои знания и силы борьбе с глазными заболеваниями, очень распространенными в то время среди беднейшего населения России.

Л. Л. Гиршман целиком отдавал себя больным, которые съезжались к нему со всех концов необъятной России и никогда не встречали отказа. Как настоящий врач-общественник, он всегда пользовался большим уважением и любовью среди студентов и врачей. В 1905 году в знак протеста против увольнения администрацией студентов — участников студенческой сходки в университете, Л. Л. Гиршман ушел из университета, навсегда оставив созданную и руководимую свыше 30 лет кафедру и университетскую клинику.

Харьковская общественность собрала путем подписки средства, на которые была построена большая городская глазная больница, где с этого времени и протекала вся огромная практическая деятельность Л. Л. Гиршмана и его ближайших учеников во главе с профессором Е. П. Браунштейном.

Многочисленные ученики Л. Л. Гиршмана, воспитанные им за 30 лет руководства Харьковской глазной клиникой, рассеявшись по городам и селам Украины, широко распространяли дух бескорыстного служения больным людям, высокие идеалы врача-общественника, которые успел привить им их учитель. Еще и сейчас профессора Л. Л. Гиршмана помнят на Украине.

В Киеве, где самостоятельное преподавание офтальмологии началось лишь немного позднее, чем в Харькове, первым профессором-окулистом был человек совсем иного склада — окулист-ги-

столог, ученый преимущественно кабинетного типа, большую часть своей жизни из-за расстроенного здоровья проводивший за границей, работавший чуть ли не во всех университетах Европы и пользовавшийся везде большим авторитетом — Александр Владимирович Иванов.

Это был первый окулист-гистолог на русской кафедре, стяжавший себе в области изучения микроскопии тканей глаза такую же мировую известность, какую имели Е. В. Адамюк, Л. Г. Беллярминов и А. Н. Маклаков в области изучения физиологии и патологии зрительного нерва. Несмотря на сравнительно короткий срок своей научной деятельности (профессор А. В. Иванов умер в 1880 году за границей), он, несомненно, оставил определенный след в развитии нашей науки.

Несмотря на все трудности работы в условиях царской России, русская офтальмология продолжала расти и крепнуть. В то время в центре и на юге России уже успешно развивалась работа в ряде клинических и больничных глазных учреждений, на востоке страны, в Казани, тоже возник новый очаг офтальмологической мысли. Организацию кафедры и клиники глазных болезней здесь проводил один из талантливейших ученых врачей того времени — Емелиан Валентинович Адамюк, с 1871 года возглавлявший в Казанском университете первую самостоятельную кафедру офтальмологии.

Большое распространение трахомы, особенно свирепствовавшей в то время среди населения Среднего Поволжья, не могло не сказаться на характере практической деятельности, а отчасти и на научной работе профессора Е. В. Адамюка. Однако главной его заслугой, принесшей ему известность не только в нашем Отечестве, но и далеко за его пределами, явились его труды в области неврологии глаза, и особенно исследования по обмену внутриглазных жидкостей при глаукоме.

Ему первому удалось доказать несостоятельность классического опыта, на котором Лебер строил свою господствовавшую в то время теорию непрерывного и быстрого тока жидкости по

камерам глаза. Много внимания уделял Е. В. Адамюк и вопросам преподавания офтальмологии, издав в качестве пособия для врачей и студентов свое замечательное «Практическое руководство по глазным болезням», представлявшее огромную ценность как для опытного офтальмолога, так и для молодого общего врача.

К перечисленным выше выдающимся представителям отечественной науки конца XIX и первого десятилетия XX века следует отнести очень яркую и своеобразную личность — профессора Сергея Селивановича Головина, талантливого офтальмохирурга, способного научного работника и опытного клинициста-окулиста, руководившего в то время кафедрой глазных болезней Новороссийского университета в Одессе.

Диссертация С. С. Головина представляет собой классический труд, в котором автор, используя тонометр А. Н. Маклакова, смог с большой достоверностью установить действие различных лекарственных веществ на тонус нормального и глаукоматозного глаза человека.

Ценным вкладом в отечественную науку явилась и монография С. С. Головина «О слепоте в России», изданная в 1910 году. Эта монография явилась объективно тягчайшим обвинением всему строю дореволюционной России. Сухим языком цифр он говорит о бескультурье и темноте русской деревни, где трахома, оспа и другие массовые болезни обрекали ежегодно на неизлечимую слепоту тысячи людей.

Ряд исследований, касающихся проблем офтальмохирургии и клинической офтальмологии, был проведен С. С. Головиным в Одесской клинике и потом в Москве, куда он переехал, оставив на кафедре в Одессе своего талантливого ученика — Владимира Петровича Филатова, только что начинавшего в то время свою блестящую научную деятельность. В. П. Филатов стал впоследствии гордостью советской медицины.

Грандиозный план борьбы с глазной заболеваемостью и слепотой, план ликвидации трахомы как массового заболевания глаз в нашей стране потребовали и соответствующего разворота работы

офтальмологов. К осуществлению этой работы уже с самых первых лет создания советского здравоохранения был привлечен руководитель одного из крупнейших тогдашних глазных лечебных учреждений Москвы — Алексеевской городской глазной больницы — опытный клиницист и ученый Михаил Иосифович Авербах.

Уже в первые годы Советской власти Алексеевская больница значительно расширяется и перестраивается в Офтальмологический институт. Рядом со старым зданием воздвигаются новые, построенные по последнему слову техники лечебные корпуса, так что после своего переоборудования новый Центральный институт офтальмологии имени Гельмгольца в Москве становится крупнейшим глазным учреждением Европы, имея до 300 постоянных штатных стационарных коек и амбулаторию со среднесуточной посещаемостью до 1000 больных в день. Развернувшись до таких огромных размеров, получив богатейшее оборудование и большой штат высококвалифицированных окулистов, новое офтальмологическое учреждение стало выполнять и новые функции.

Огромная и очень ответственная задача была возложена Советским правительством на указанный институт и на его энергичного, талантливое руководителя. В соответствии с новой структурой советского здравоохранения институт должен был стать организующим центром для офтальмологов всего Советского Союза.

Ряд опорных пунктов института был создан на периферии нашей страны, многие провинциальные окулисты пользовались в своей работе систематическими консультациями института, иногда даже работали по его непосредственным заданиям.

На организуемые ежегодно сессии институт стал вызывать окулистов из самых отдаленных населенных пунктов Советского Союза. Каждая из этих весьма широко посещаемых окулистами Москвы и периферии, хорошо организованных и планомерно проводимых сессий становилась крупным событием нашей офтальмологической жизни.

Так Центральный институт офталь-

мологии имени Гельмгольца в Москве, ныне называемый Московский НИИ глазных болезней имени Гельмгольца, стал руководящим центром, организующим и контролирующим работу окулистов Советского Союза.

Вскоре офтальмологические институты были организованы и в столицах крупнейших союзных республик. Работа этих институтов направлялась органами советского здравоохранения и согласовывалась с работой Центрального института офтальмологии в Москве.

Огромную роль во всей этой организации играл Михаил Иосифович Авербах. Академик, заслуженный деятель науки, многолетний бессменный председатель Московского общества глазных врачей и Всесоюзного офтальмологического общества (М. И. Авербах являлся неизменным активным участником любого нового начинания в области офтальмологии в Советском Союзе). С честью представлял он всюду нашу советскую офтальмологию до самой своей кончины (в 1944 году).

Наряду с академиком М. И. Авербахом выдвинулся ряд замечательных представителей офтальмологии, создавших свои новые направления, являющихся подлинной гордостью советской науки.

Прежде всего следует упомянуть талантливого ученого-изобретателя — академика Владимира Петровича Филатова. Его имя заслуженно приобрело исключительную популярность не только на всей территории СССР, но и далеко за ее пределами.

Эта популярность академика В. П. Филатова связана с разработкой им операции кератопластики, которая устранила один из самых тяжелых и распространенных видов неизлечимой ранее слепоты — слепоты, вызванной образованием бельма на роговой оболочке.

Кератопластика претерпела сложную эволюцию. Четыре последние десятилетия явились ее триумфальным шествием. Имя В. П. Филатова и пересадка роговицы в развитии этой проблемы неотделимы. Большую роль играет вся филатовская школа и созданный им Институт глазных болезней и тканевой терапии в Одессе.

Оперативные вмешательства типа кератопластики получили свое дальнейшее развитие в трудах учеников и последователей В. П. Филатова. Разрабатывается и совершенствуется техника операции частичной субтотальной и полной кератопластики (Н. А. Пучковская), сквозной и послойной, периферической и лечебной. Изучаются методы пересадки роговицы с каймой склеры и переднего отрезка глаза, новые методы консервации роговичной ткани путем лиофилизации, при минусовой температуре.

Сама идея пересадки роговицы поучительна не только с точки зрения клинических результатов. Теперь уже тысячам больных возвращают зрение, применяя в том или другом виде кератопластику.

Это направление в медицине интересно и с другой стороны. В истории офтальмологии не было такой области, которая бы явилась ареной столь острой борьбы между сторонниками и противниками указанной операции.

Было время, когда некоторые из влиятельных ученых после длительных и бесплодных опытов с пересадкой роговицы призывали оставить эту проблему как несбыточную мечту.

Указанный пессимизм ученых поддерживался тем, что пересадка роговицы больше столетия почти никому не удавалась ни экспериментально, ни клинически, так как роговичный трансплантат, прекрасно приживаясь, всегда подвергался помутнению.

Но разгадка, несмотря на пессимизм многих, пришла неожиданно. Прозрачное приживание роговицы оказалось возможным только при определенных условиях, когда для кератопластики у человека стали использовать гомологичные ткани, то есть роговицу человека.

Первым это доказал в 1907 году Цирм, а позднее систематические наблюдения провел Эльшниц (1919, 1928 годы), который по тому времени получил блестящие результаты и доказал научную и практическую ценность пересадки роговицы. Уже тогда сложилось учение о показаниях и противопоказаниях к операции частичной сквозной кератопластики.

Бесспорным достижением следует

считать создание новой, более совершенной техники пересадки роговицы и использование для кератопластики трупной ткани роговицы, что было досконально разработано В. П. Филатовым. С того времени фактически началась новая эра широкого применения кератопластики.

Работы школы В. П. Филатова явились основой для применения в широких масштабах пересадки роговицы, научных исследований по консервации тканей глаза, сферы приложения кератопластики в зависимости от качества бельма. В Советском Союзе и за рубежом начали организовывать глазные банки в целях концентрации, хранения и распределения тканевых консервантов.

Многообразные проблемы кератопластики, в частности вопросы техники операции и особенностей ухода за больными в послеоперационный период, тканевой несовместимости и консервации, решаются в наше время комплексно, в тесной связи друг с другом.

Тысячам бывших неизлечимых слепых удалось вернуть зрение благодаря разработанной В. П. Филатовым операции, принесшей подлинную славу советской офтальмологии. Учение академика В. П. Филатова о тканевой терапии и о применении биогенных стимуляторов в лечении глазных заболеваний также получило широкую известность.

Огромная работа по организации плановой борьбы с распространением трахомы и по ее ликвидации как массового глазного заболевания в СССР выпала на долю другого крупнейшего представителя советской офтальмологии — академика Василия Васильевича Чирковского.

Воспитанник казанской офтальмологической школы В. В. Чирковский долгое время работал в Поволжье, где он возглавлял кафедру офтальмологии сначала в Пермском, а затем в Казанском университете. Здесь В. В. Чирковский создал первый у нас специализированный трахоматозный институт, ставший прообразом ряда институтов, организованных впоследствии во многих республиках Советского Союза и сыгравших огромную положительную роль в борьбе с распространением трахомы.

В. В. Чирковский стал вдохновителем

и научным руководителем всей огромной противотрахоматозной работы, охватившей одновременно Татарскую, Чувашскую, Марийскую и другие автономные республики Среднего Поволжья.

В книге академика В. В. Чирковского «Трахома» дан глубокий анализ эпидемиологии и клиники этого заболевания и приведено развернутое описание системы организации борьбы с трахомой в Поволжье.

Можно назвать еще одного из виднейших представителей советской офтальмологии — Виктора Петровича Одинцова, который с 1917 года возглавил и в течение 20 лет руководил Московской глазной клиникой 1-го медицинского института имени Сеченова. Начав свою деятельность как патогистолог, профессор В. П. Одинцов сохранил любовь к работе с микроскопом до последних лет своей жизни.

Как крупный клиницист-офтальмолог В. П. Одинцов не замыкался в рамках непосредственных фактов, которые открывал ему микроскоп, а свою находку, сделанную на мертвом препарате, он сразу переносил в клинику, ставя ее на службу нуждающимся в лечении глаз людям. Этот присущий ему широкий взгляд клинициста нашел свое отражение и в «Руководстве по глазным болезням», которым и сейчас пользуется наше студенчество.

В настоящем разделе мы коснулись лишь некоторых этапов развития отечественной офтальмологии и наиболее ярких представителей этой науки. История офтальмологии продолжает бурно и успешно развиваться. Достигнуты большие успехи в лечении многих глазных заболеваний, в том числе и коллективом Московского научно-исследовательского института глазных болезней имени Гельмгольца, в котором широко и полно разрабатываются все основные проблемы офтальмологии. В 1985 году институт отмечал свое 50-летие. Он награжден орденом Трудового Красного Знамени.

Сотрудники института разрабатывают и внедряют во врачебную практику: новые методы лечения и предупреждения сосудистых заболеваний глаз, глаукомы;

методы предупреждения и развития прогрессирования близорукости; способы реабилитации детей с нарушением глазодвигательного аппарата, врожденными и приобретенными изменениями органа зрения;

новые реконструктивные операции, методы профилактики глазного травматизма и многое другое.

Широко используются в институте для диагностики и лечения лазеры и ультразвук. Изучаются новые лекарственные формы и средства. Успешно разрабатывается в институте проблема контактной коррекции.

Разработка всех указанных вопросов, основанных на фундаментальных исследованиях, которые выполняются на высоком методическом уровне и ориентируются на внедрение результатов в практическую деятельность офтальмологических учреждений страны, проводится на базе развернутых в институте всесоюзных и всероссийских научно-методических центров, таких, как:

Всесоюзный научно-методический центр восстановительного лечения детей с заболеваниями органа зрения;

Всесоюзный научно-методический центр контактной коррекции зрения;

Всесоюзный научно-методический центр по офтальмоонкологии;

Всесоюзный научно-методический центр глазного протезирования;

Всесоюзный научно-методический центр патогистологической диагностики;

Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике слепоты;

Всероссийский научно-методический центр по электрофизиологическим исследованиям в офтальмологии;

Всероссийский научно-методический центр по ультразвуковой диагностике и лечению глазных заболеваний;

Сотрудничающий центр ВОЗ по программе «Профилактика слепоты от вирусных заболеваний глаз».

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней имени Гельмгольца занимает одно из ведущих мест среди более чем 90 офтальмологических клиник и восьми научно-исследовательских институтов страны. К ним, кроме упомянутого, относятся Одесский НИИ глазных болезней и тканевой те-

рации имени академика Филатова, Казахский НИИ глазных болезней, Азербайджанский НИИ офтальмологии, Уфимский НИИ глазных болезней, Туркменский НИИ глазных болезней.

В настоящее время в Москве успешно работают еще два научно-исследовательских института глазных болезней: Всесоюзный научно-исследовательский институт офтальмологии Минздрава СССР во главе с академиком АМН СССР профессором М. М. Красновым и Институт микрохирургии глаза Минздрава РСФСР, директором которого является член-корреспондент АМН СССР профессор С. Н. Федоров.

Каждый из указанных институтов имеет свое научно-практическое направление. Все отделы и лаборатории этих институтов неустанно работают, используя самую современную технику, инструментарий, лекарственные формы, достигая больших успехов в лечении и реабилитации больных с различными заболеваниями органа зрения.

Офтальмологическую помощь населению Советского Союза оказывает развитая сеть амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. В республиканских, краевых, областных больницах имеются крупные глазные отделения, функционируют клиники глазных болезней и широкая сеть глазных кабинетов. Кроме того, по наиболее важным проблемам офтальмологии организованы профилированные учреждения и приемы в поликлиниках и консультативных центрах.

На диспансерном наблюдении у офтальмологов находятся больные глаукомой, катарактой, повреждениями органа зрения, различными заболеваниями сетчатки. Диспансеризацию проходят дети и подростки, страдающие близорукостью, косоглазием, амблиопией, повреждениями глаз, а также наследственной и врожденной патологией органа зрения и офтальмоонкологическими заболеваниями.

Особенно активно проводится обследование детей и подростков для своевременного установления снижения зрения и принятия необходимых мер по его восстановлению. С этой целью ежегодно осматриваются миллионы людей.

Система профилактики, раннего выявления, диспансерного наблюдения и активного лечения больных с заболеваниями глаз, внедренная в практику здравоохранения СССР, позволила возвратить к общественно полезному труду большое количество людей.

ГЛАЗ И ЕГО ФУНКЦИИ

Орган зрения — парный. Он состоит из двух глазных яблок, расположенных в глазницах, и имеет придатки: веки, слезные органы и двигательный аппарат глаза.

Глазное яблоко. Глаз обычно имеет шаровидную форму. Диаметр его в среднем равен 24 миллиметрам. У глазного яблока есть три оболочки — наружная, средняя и внутренняя (рис. 1). Наружная оболочка носит название склеры, или белочной оболочки. Это плотная непрозрачная ткань белого цвета толщиной около 1 миллиметра. В передней части она переходит в прозрачную роговицу, которая как бы вставлена в склеру, подобно часовому стеклу.

У заднего полюса глаза (на огра-

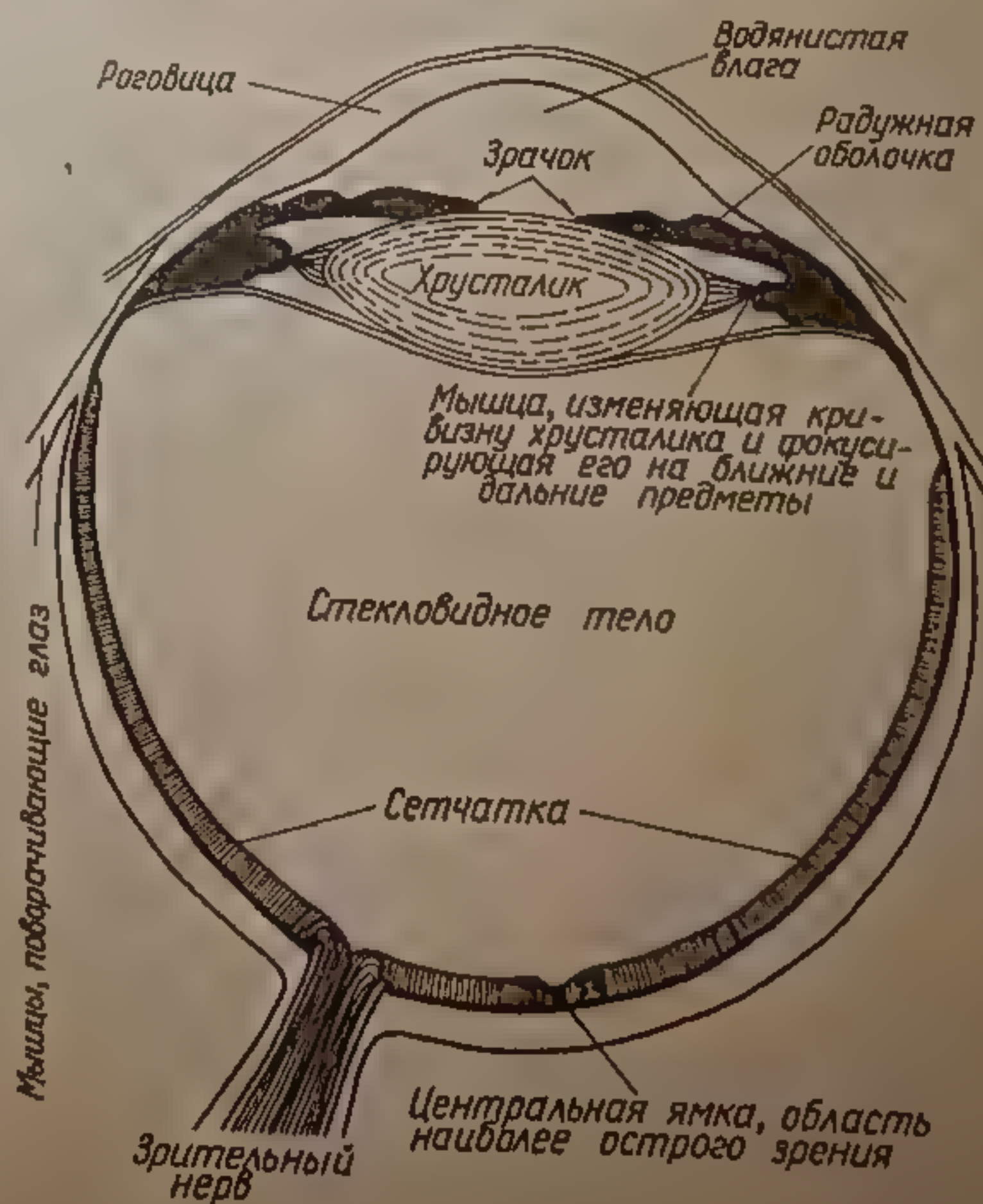


Рис. 1. Глаз человека

ниченном участке) склера истончена и имеет отверстия, сквозь которые проходят волокна зрительного нерва.

Роговица в норме совершенно прозрачна, не содержит сосудов и очень богата чувствительными нервами, вследствие чего даже малейшее прикосновение к ней или попадание на ее поверхность крошечной соринки вызывает болезненное ощущение, светобоязнь, слезотечение и сжимание век.

Склера переходит в роговицу постепенно (сначала глубокие слои, а затем поверхностные). Место постепенного перехода склеры в роговицу имеет вид полупрозрачного кольца в 1—1,5 миллиметра и называется лимбом роговицы.

С внутренней стороны к склере прилежит средняя оболочка — сосудистая. Толщина ее 0,2—0,4 миллиметра. Она состоит в основном из большого числа сосудов и обеспечивает питание тканей глаза. В переднем отделе глазного яблока сосудистая оболочка переходит в ресничное (цилиарное) тело и радужную оболочку (радужку). В ресничном теле заложена мышца, связанная с хрусталиком и регулирующая его кривизну. Хрусталик — это прозрачное эластичное образование, имеющее форму двояковыпуклой линзы.

Радужка расположена за роговицей. В центре ее имеется круглое отверстие — зрачок. Величина зрачка может изменяться от сокращения мышцы, заложеной в радужке. Расширение и сужение зрачка определяет количество попавшего в глаз света.

Заметная через прозрачную роговицу радужка у разных людей имеет различный цвет. Ее цветом определяется цвет глаз, который может колебаться от светло-голубых до темно-коричневых и даже оттенков черных. Ткань радужки содержит особый красящий пигмент — меланин. Его количество и определяет цвет глаз.

Людей с отсутствием меланина называют альбиносами. Глаза у них имеют красноватый оттенок. Недостаток пигмента в радужке у них часто сочетается с недостаточной пигментацией остальных частей глаза, кожи, волос. Зрение у таких людей обычно значительно понижено. Снижение зрения не-

редко сочетается у альбиносов с постоянными качательными движениями глазных яблок — нистагмом.

Между роговицей и радужкой, а также радужкой и хрусталиком имеются небольшие пространства, называемые соответственно передней и задней камерами глаза. В них находится прозрачная жидкость — водянистая влага. Она снабжает питательными веществами роговицу и хрусталик, которые лишены кровеносных сосудов. Позади хрусталика полость глаза заполнена прозрачной студенистой массой — стекловидным телом.

Внутренняя поверхность глаза выстлана тонкой сетчатой оболочкой, или ретиной (рис. 2). Сетчатка по своему строению и функции является наиболее сложной и важной оболочкой глазного яблока. В ней различают оптически деятельную — светочувствительную часть, расположенную в заднем полюсе глаза, и оптически недеятельную часть, где сетчатка утрачивает свое сложное строение, а вместе с тем и свою чувствительность к свету.

Оптически деятельная часть сетчатки состоит из 10 слоев. Основной из них — это светочувствительный слой палочек и колбочек, имеющих сложное строение и содержащих светочувствительные вещества. В сетчатой оболочке глаза насчитывается примерно 125 000 000 палочек и 6 000 000 колбочек. От них к мозгу идет 800 000 нервных волокон, которые в совокупности составляют зрительный нерв. По нерву сигналы поступают в различные отделы мозга.

Палочки и колбочки в зрительном акте выполняют различное назначение. Первые работают при минимальном количестве света и составляют сумеречный аппарат зрения; вторые же действуют при больших количествах света и образуют дневной аппарат зрения. Различная функция палочек и колбочек обеспечивает высокую чувствительность глаза к высоким и низким освещенностям.

Так, например, глаз человека может воспринимать колоссальную освещенность — миллионы люксов — и минимальный, едва брезжащий свет. Темной

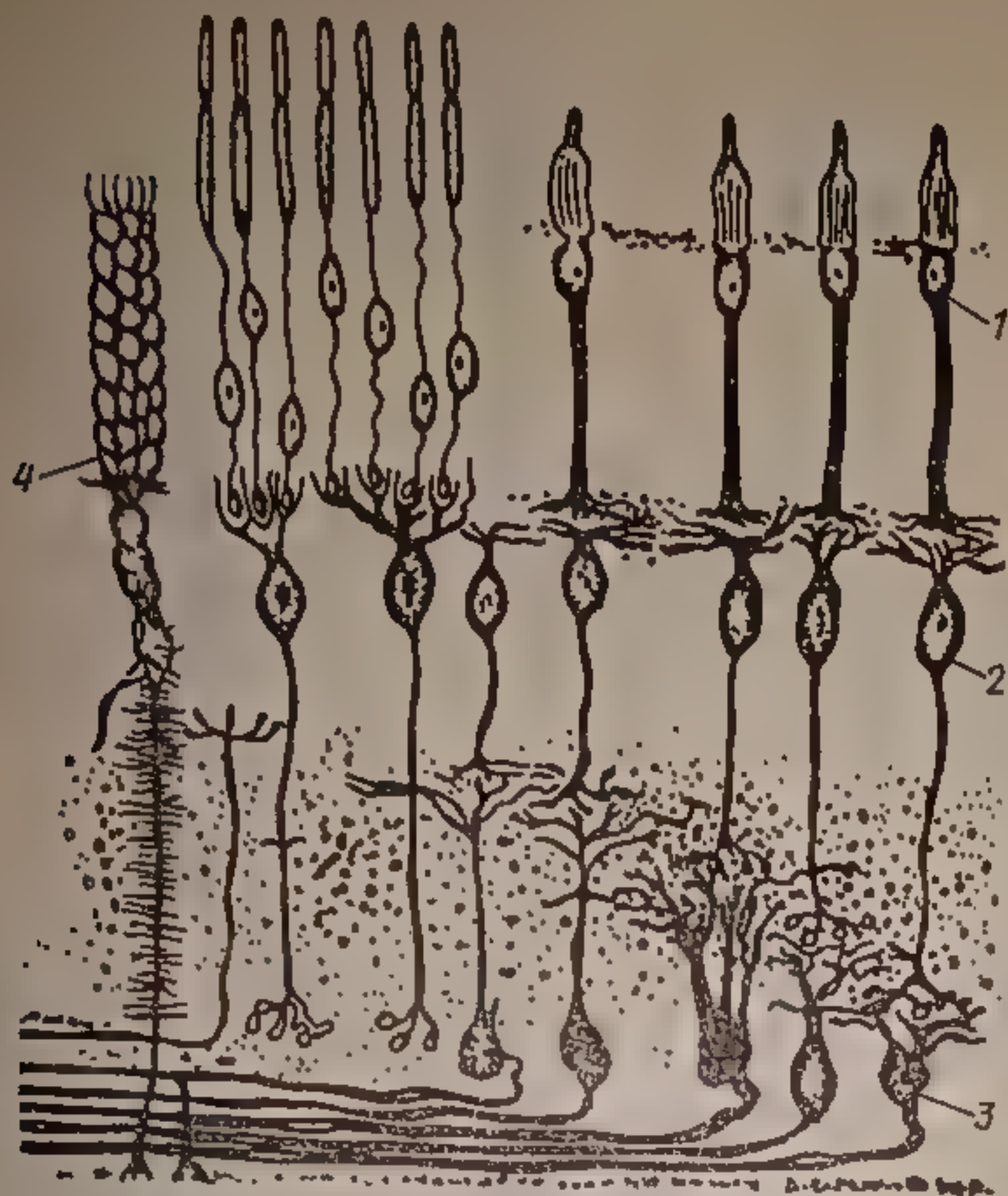


Рис. 2. Схема строения сетчатки:
1 — колбочки (справа) и палочки (слева); 2 —
биполярные клетки; 3 — ганглиозные клетки; 4 —
остов, мюллерово волокно

ночью глаз видит светящуюся точку на расстоянии более 25 километров. Глаз способен видеть и в яркий солнечный день, когда солнце «слепит» глаза.

Для привыкания глаза к разной степени освещения требуется определенное время. Человек, попав из темной комнаты на яркий свет, вначале ничего не видит. Зрение возвращается постепенно. Точно так же после перехода из ярко освещенного помещения в темноту требуется время, пока восстановится чувствительность глаза. Способность глаза приспособливаться к разной яркости освещения носит название адаптации.

Глаз человека в состоянии различать бесконечное разнообразие световых оттенков.

Существует теория цветового зрения, которую в настоящее время принято называть трехкомпонентной. Основы этой теории восходят к труду великого русского ученого Михаила Васильевича Ломоносова «Слово о происхождении света».

В этой книге великий соотечественник говорил, что первоначально действуют «три рода эфирных частиц...

От первого рода эфира происходит цвет красный, от второго — желтый, от третьего — голубой. Прочие цвета рождаются от смещения первых...». Эта мысль не была по достоинству оценена его современниками. Лишь спустя полвека ученые вновь обратились к теории создания цветового зрения. Английский физик Томас Юнг считается создателем гипотезы трехкомпонентного цветового зрения. Он в своих трудах отмечал заслуги М. В. Ломоносова. Детально развил эту теорию Г. Гельмгольц (1859—1866).

Герман Гельмгольц, этот, по словам И. М. Сеченова, «величайший физиолог» XIX столетия, является также создателем офтальмоскопа, специального оптического прибора, без которого сейчас немыслима работа глазного врача. Офтальмоскоп позволяет нам прижизненно рассматривать детали глазного дна.

В настоящее время доказано, что в сетчатке глаза человека есть цветовые фотоприемники — колбочки. Существует несколько различных пигментов, каждый из которых реагирует на определенные «свои» цветовые раздражители. Если какого-либо пигмента нет, человек не различает каких-то тонов, то есть становится частично цветослепым.

Ночью в сумерках человек почти не различает цветов. «Ночью все кошки серы» — гласит пословица. Палочки не могут воспринимать красных, оранжевых цветов. Поэтому при плохом освещении предметы, окрашенные в такие цвета, кажутся нам черными. Зато ночные элементы сетчатки чувствительны к ультрафиолетовому излучению. Светящиеся дорожные знаки на шоссе ночью в темноте хорошо видны.

Врожденные расстройства цветового зрения известны с давних пор. Они были названы дальтонизмом по имени английского ученого Джона Дальтона, который страдал слепотой на красный и зеленый цвета и в 1794 году описал этот недостаток зрения.

Частичная цветовая слепота, при которой цвета воспринимаются неверно, — явление довольно распространенное. Оно чаще встречается у мужчин и является весьма опасным для работников транспорта. Неумение водителей различать

цвета в светофоре не раз приводило к тяжелым авариям на транспорте. Бывает и полная цветовая слепота, когда весь мир ярких красок и оттенков воспринимается лишь в серо-белом цвете.

Глаза не только орган, воспринимающий световые раздражения. Он является частью зрительного анализатора, который включает также зрительный нерв и зрительный центр, расположенные в коре головного мозга.

Отходящие от нервных клеток сетчатки нервные волокна собираются вместе в один пучок и образуют зрительный нерв, который, выйдя из глаза у заднего полюса, направляется в головной мозг.

Место выхода зрительного нерва из глаза врач видит при рассматривании глазного дна (рис. 3) с помощью офтальмоскопа. Это место называется диском зрительного нерва. В центр его входят сосуды, центральная артерия и вена сетчатки, питающие эту оболочку.

У заднего полюса глаза при исследовании офтальмоскопом виден участок овальной формы с нерезкими границами — желтое пятно, в центре которого находится центральная ямка. Этот участок сетчатки обеспечивает наиболее тонкое центральное зрение.

В центральной ямке желтого пятна находятся только колбочки, палочки же появляются лишь за пределами центральной ямки, и количество их постепенно увеличивается к периферии сетчатки, в то время как количество колбочек все более уменьшается.

В силу такого распределения становится понятным, что центральное зрение обеспечивается колбочками, а периферическое — палочками. Центральное зрение позволяет рассматривать мелкие детали предметов, периферическое — дает возможность ориентироваться в пространстве. При значительном нарушении периферического зрения самостоятельное передвижение становится почти невозможным.

Итак, сетчатка представляет собой высокоспециализированный нервный прибор, предназначенный для восприятия световых раздражений. Для возникновения зрительного акта лучи света



Рис. 3. Нормальное глазное дно:
1 — диск зрительного нерва; 2 — желтое пятно сетчатки с центральной ямкой

от рассматриваемого предмета, проходя через зрачок в глаз, достигают светочувствительного слоя палочек и колбочек. В них возникает нервное возбуждение, которое передается по зрительному пути в корковый центр зрения, расположенный в затылочных долях мозга.

В коре головного мозга происходит очень сложный процесс переработки возбуждений, в результате которого и рождается зрительное ощущение, то есть возникает зрительный образ, который глаз видит.

Таким образом, оптическая система глаза формирует изображение предметов внешнего мира на поверхности сетчатки, где в фоторецепторных клетках энергия света преобразуется в нервный сигнал. По зрительному пути этот сигнал передается затем в зрительный центр мозга. В мозге происходит опознание зрительного образа, то есть создается образ внешнего мира. Физиологи второй половины XX века дают четкое определение: «Сетчатка — это часть мозга, выдвинутая на периферию». Так же, как и мозг, она плохо переносит кислородное голодание, возникающее при недостаточном кровоснабжении.

Структурная сложность строения сетчатки и зрительного нерва, функцио-

нальная сложность акта зрительного восприятия делает понятным тяжелые последствия патологии этого отдела органа зрения. Если врач-офтальмолог говорит о том, что наступила неизлечимая слепота — значит, патологический процесс коснулся зрительного нервного аппарата глаза, связанного с гибелью какого-то участка зрительного пути, начиная от сетчатки и кончая зрительным бугром в затылочной доле мозга.

Эти заболевания занимают особое место среди причин полной или частичной утраты зрения. Дело в том, что часто они вначале протекают незаметно для больного. Пациент нередко обращается к врачу слишком поздно, когда уже значительно ухудшилось центральное зрение. Если состояние нервных волокон не улучшится, пациент слепнет. Этот тяжелый недуг чаще поражает людей молодого и трудоспособного возраста, в основном от 18 до 50 лет.

Надо отметить, что в диагностике заболеваний зрительного нерва сейчас открываются новые перспективы. Найдена возможность выявлять их в ранней стадии. Оказалось, что в этой стадии передача информации по зрительным волокнам еще сохранена, но замедлена. Сам заболевший не ощущает этого замедления, но с помощью специальных приборов его можно обнаружить.

Сегодня ранние признаки патологии зрительного нерва наиболее точно выявляются электрофизиологическими методами диагностики. Это осуществимо в специальной лаборатории, оснащенной сложной электронной аппаратурой.

В последние годы совместные работы ученых офтальмологов, нейроофтальмологов и нейрохирургов начали приносить ощутимые результаты в этой сложной патологии зрения. Так, в нейрохирургической клинике Ленинградского научно-исследовательского института экспериментальной медицины под руководством профессора В. А. Хилько проводятся операции введения электродов в поврежденный зрительный нерв. После операции происходит частичное восстановление зрительных функций.

Указанный метод оперативного вмешательства новый, он только начинает завоевывать официальное признание.

Факт положительного эффекта от этих операций подтвержден. Метод признан перспективным и оригинальным. Есть основания полагать, что его развитие в будущем принесет исцеление многим людям с атрофией зрительного нерва.

Но вернемся к анатомо-физиологическим данным об органе зрения.

С сетчатой оболочки глаза начинается цепь сложнейших, еще недостаточно изученных фотохимических превращений, приводящих к тому, что световое раздражение завершается формированием в нашем сознании определенного осознанного зрительного впечатления. Зрение среди других видов чувств занимает особое место. Глаз не только ассоциирует зрительные образы, но и выполняет роль своеобразного приемника световой энергии и цветовых эффектов, которые являются возбудителями активности мозга. Именно через окончания зрительного нерва — рецепторы, как через специальные анатомические входы, энергия света проводится из внешнего мира в различные отделы центральной нервной системы.

Исследования советских биофизиков показали, что в светочувствительных приборах зрительного нерва скрыты огромные мало используемые возможности. Ученые доказали, что, регулируя режим света, можно воздействовать на многие жизненно важные процессы в организме. Световые изменения сказываются, например, на частоте пульса, колебаниях артериального давления, кровенаполнении, секреторной деятельности желудка и поджелудочной железы.

Исследованиями установлено, что под влиянием световых волн изменяются секреция гормонов коры надпочечников, обмен веществ, половая функция и так называемые биологические часы.

Известно такое наблюдение: полная или неполная темнота может замедлить течение некоторых патологических процессов, например мозгового инсульта, малярии. У больных с опухолями головного мозга и менингоэнцефалитами наступающая в более поздние периоды заболевания атрофия зрительного нерва значительно уменьшает или полностью исключает нестерпимые головные боли.

Слепота как бы гасит поток световых афферентных импульсов, понижая тем самым симпатические реакции, которые во многом ответственны за болевые ощущения.

Указанные наблюдения позволили клиницистам-офтальмологам и физиологам в ряде случаев рекомендовать носить специальные очки, которые уменьшают чрезмерную возбудимость определенных отделов мозга. Некоторым больным гипертонией рекомендуются очки с дымчатыми стеклами, больным глаукомой — с зелеными. Почему именно с зелеными? Было доказано, что зеленые очки способствуют снижению внутриглазного давления у больных глаукомой и нормализуют местный кровоток.

С глубокой древности было известно, что красный цвет возбуждает, зеленый — успокаивает, черный — угнетает, желтый — создает хорошее настроение. Когда человек утомлен, он инстинктивно стремится попасть в оптимальную для него цветовую среду: к зеленому лесу, желтому песку, голубой воде. Известно, что Гёте в зависимости от характера создаваемых им произведений — торжественных, мрачных или веселых — пользовался очками из различно окрашенных стекол. Он писал: «Для возникновения цвета необходимы свет и мрак, светлое и темное, или, пользуясь более общей формулой, свет и несвет».

Известно, что средневековые врачи лечили цветотерапией многие болезни. Заболевших оспой, например, помещали в палаты с красными шторами на окнах. Красным светом лечили скарлатину, корь. Крупнейший русский невропатолог В. М. Бехтёрев на основании многочисленных наблюдений пришел к выводу о том, что голубой цвет тормозит состояние психического возбуждения, а розовый цвет активизирует подавленность и психическое угнетение.

Цветотерапия делает только первые шаги в современной медицине. Советскими медиками осуществляется попытка использовать цветовые эффекты в лечении некоторых заболеваний. Например, изучается влияние красного света лазера на течение гипертонической болезни, анемии и бронхиальной астмы.

В заключение следует сказать, что в светочувствительных приборах человеческого глаза скрыты огромные мало используемые возможности. Применение их в современной практической медицине принадлежит будущему.

Однако следует знать, что световое излучение различного спектра действия, облучая сетчатку, может оказывать значительное повреждающее действие на ее нервные элементы. Поэтому в последние годы все чаще применяются очки с затемненными стеклами различной интенсивности. Необходимая степень затемнения стекол определяется глазным врачом в каждом конкретном случае индивидуально.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ ГЛАЗА СОСУДИСТОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Проблема патологии сосудистой системы глаза является одной из наиболее актуальных проблем офтальмологии, так как почти все основные заболевания глаз или вызываются нарушением сосудистой циркуляции в глазу, или же приводят к расстройствам сосудистой системы глаза.

С позиции нарушения сосудистой циркуляции рассматриваются в настоящее время такие серьезные заболевания глаз, ведущие подчас к неизлечимой слепоте, как дегенерации и дистрофии сетчатой оболочки глаз, тромбозы и эмболии сосудов сетчатки, диабетические поражения глазного дна, первичная глаукома.

Мы живем в век сосудистых заболеваний. Известно мудрое изречение: «Возраст человека — это возраст его сосудов». Возрастной износ сосудов чаще всего дает себя знать в виде так называемого склероза. Сосуд постепенно сужается, ток крови по нему сокращается все больше и больше. В конце концов в этом месте образуется сгусток крови — тромб. Иногда такой тромб может полностью закупорить сосуд — происходит тромбоз сосуда. Бывает, что непроходимость сосуда возникает и в результате резкого его сокращения — спазма (даже и без склероза). Но чаще всего склероз сосуда, органическое его

поражение сочетаются со спазмом, то есть функциональным его поражением.

Сосудистые заболевания глаз постепенно выходят на первое место среди причин неизлечимой слепоты. Существует большое количество форм болезни, но центральным звеном в большинстве из них является непроходимость сосуда или недостаточный по интенсивности ток крови по нему. В зависимости от степени этой недостаточности кровообращения и возникают различные формы сосудистых заболеваний органа зрения.

От недостаточности кровообращения в глазу в первую очередь страдает самая важная оболочка глаза — светочувствительный слой сетчатки. Все функций глаза в конечном итоге должны обеспечивать нормальное функционирование сетчатки. Строение сетчатки, как мы видели выше, очень сложно, и требования к кровоснабжению в ней очень высоки.

Непроходимость сосуда сетчатки может развиваться в артериальных и венозных стволах: в первом случае страдает приток, во втором — отток крови. Форма тромбоза в сосудах сетчатки имеет большое практическое значение в отношении клинического течения заболевания и прогноза сохранения и восстановления зрительных функций.

При артериальной непроходимости, если она полная и касается главного ствола — центральной артерии сетчатки, зрение исчезает в несколько секунд, так как сетчатка не переносит отсутствия кислорода. Глазное дно становится белым — обескровленным. Если кровообращение не восстанавливается, то в сетчатке, не получающей крови, так же, как и в мозге, быстро развивается состояние, аналогичное инфаркту.

Все люди знают о сердечных инфарктах, инфарктах легких, печени и других органов. Причина их возникновения везде одна и та же — закупорка питающего кровеносного сосуда. В глазу встречается та же самая картина, однако термин «инфаркт глаза» не нашел пока широкого распространения, глазной врач чаще всего употребляет термин «тромбоз».

«Инфаркт глаза» в отличие от инфаркта сердечной мышцы приводит к

гибели нервных клеток сетчатки, которые не восстанавливаются. Это, в свою очередь, ведет к необратимой потере зрения. Лечение инфаркта глаза очень сложно. Главное здесь — начать лечение как можно раньше, чтобы предотвратить гибель нервных элементов сетчатки (палочек и колбочек); успех дела тут могут решать минуты и даже секунды.

В таких случаях необходимы экстренные меры: надо немедленно снять спазм сосуда, ввести в кровь вещество с целью растворения кровяного сгустка, закупорившего сосуд, и вещество, препятствующее дальнейшему образованию сгустков крови. Вещества эти относятся к группе антикоагулянтов и тромболиков. В последнее время проводятся исследования по использованию метода так называемой гипербарической оксигенации (больного помещают в атмосферу кислорода под повышенным давлением). При этом продолжительность жизни элементов сетчатки может быть повышена.

Венозная непроходимость сосудов сетчатки встречается гораздо чаще артериальной. Течение и прогноз ее в отношении сохранения и восстановления зрительных функций более благоприятные.

Клиническая картина тромбоза центральной вены сетчатки и ее ветвей типична: глазное дно напоминает картину раздавленного помидора — врач видит множество мелких и крупных кровоизлияний по всему главному дну (рис. 4). Происходит это оттого, что главный венозный ствол, по которому обычно оттекает кровь, закупорен, а приток крови по артериям продолжается. Кровь, не найдя выхода, начинает просачиваться сквозь стенки сосудов наружу. Некоторые мелкие сосуды могут даже, не выдержав напора крови, лопнуть. В сетчатке также развивается значительный отек ее. Если не приняты экстренные меры, то все указанные изменения в сетчатке могут привести к необратимым ее изменениям со значительной потерей зрительных функций.

Следует подчеркнуть, что закупорка вен сетчатки чаще всего возникает на фоне таких системных заболеваний, как



Рис. 4. Закупорка центральной вены сетчатки. Многочисленные черные мазки — кровоизлияние на глазном дне (симптом «раздавленного помидора»)

гипертоническая болезнь, сахарный диабет, множественный склероз.

В происхождении тромбоза центральной вены сетчатки, как и других сосудистых тромбозов, лежат три основных взаимосвязанных фактора. Это изменение сосудистой стенки, нарушение скорости тока крови (гемодинамические изменения) и, наконец, физико-химические сдвиги в самой крови.

Вопросы свертывания крови и тромбообразования привлекают большое внимание теоретиков и клиницистов в связи с огромным практическим значением их для современной медицины в целом и клинической офтальмологии в частности. Резкое нарушение в системе свертывания крови как в сторону снижения (кровоточивость), так и в сторону повышения его (тромбозы) имеет сложный механизм и определяет в известной мере возникновение, течение и прогноз тромбозов и кровоизлияний в сосудах сетчатки.

Наряду с плазменными факторами свертывания крови (жидкая часть) все более важная роль в процессе внутрисосудистого тромбообразования отводится форменным элементам крови, в частности тромбоцитам. По современным представлениям тромбоциты содер-

жат большое количество компонентов, участвующих в свертывании крови и влияющих на проницаемость сосудистой стенки. Тромбоциты обладают способностью склеиваться (агрегация) между собой, образуя тромбы, и прилипать к сосудистой стенке (адгезия).

Многие стороны этого весьма сложного и важного для организма биологического процесса не получили еще полного научного разрешения. Нормализация свертывания крови с помощью лекарств — важное средство профилактики и лечения тромботических и геморрагических состояний сосудов сетчатой оболочки глаза. Характер веществ, способных оказывать влияние на свертываемость крови, чрезвычайно разнообразен.

В клинической офтальмологии с целью лечения и профилактики тромбообразования в сосудах сетчатки применяют антикоагулянты — вещества, угнетающие активность свертывающей системы крови. К антикоагулянтам относится гепарин и его синтетические аналоги.

Гепарин используют при всех видах закупорки сосудов сетчатой оболочки глаз, а также при всех ангиосклеротических и дистрофических процессах сосудов сетчатки. Дозировку и методы введения препарата определяет врач-офтальмолог в зависимости от характера заболевания.

Использование антикоагулянтов не всегда является достаточным для лечения острой закупорки сосуда сетчатки, так как антикоагулянты не могут вызвать растворение уже образовавшегося тромба. Исследованиями последнего десятилетия открыты новые препараты, способные вызывать растворение (лизис) уже образовавшегося фибринового сгустка крови.

Растворение фибринового сгустка крови получило название «фибринолизис». Препараты, предназначенные для внутрисосудистого растворения тромба, обладают фибринолитическим действием, то есть способны растворять (лизировать) внутрисосудистые тромбы, состоящие в основном из нитей фибрина. К таким препаратам относятся фибринолизин, стрептокиназа, урокиназа,

которые нашли применение в клинической офтальмологии.

При подборе соответствующих антитромботических лекарственных средств в лечении тромбозов врач руководствуется соответствующими показателями состояния свертывающей системы крови и характером тромбозов.

Таким образом, в последнее десятилетие при лечении тромботических состояний сосудов сетчатки, которое раньше было малоэффективным, получили широкое распространение препараты, регулирующие механизмы свертывания крови. Это препараты, обладающие антикоагулянтными, фибринолитическими, дезагрегационными свойствами. Чтобы не навредить больному, и правильно назначить такие препараты, врач тщательно выясняет показания к их применению в зависимости от формы, тяжести и длительности болезненного процесса. Все лечение проводится под строгим контролем состояния свертывающей системы крови (коагулограммы).

Препараты, регулирующие состояние свертывающей системы крови, пришли в клиническую офтальмологию из общей терапии и хирургии, где они впервые были применены при инфарктах миокарда, тромбозах коронарных и периферических сосудов, обширных кровотечениях и т. п. Методы введения препаратов, регулирующих механизмы свертывания крови и фибринолиза в клинической офтальмологии, имеют свои особенности. Внутриартериальное и внутривенное капельное введение препаратов в отличие от общей хирургии и терапии в клинической офтальмологии используется редко.

Наиболее часто препараты вводятся местно — под конъюнктиву глазного яблока, ретробульбарно, то есть за глазное яблоко в область выхода основных сосудистых стволов — центральной артерии и вены сетчатки и зрительного нерва, либо с помощью физических методов введения (электро- и фонофореза), иногда внутримышечно или внутрь. Этим достигается лучший лечебный эффект, так как лекарство быстро доставляется непосредственно к больному органу.

Новым перспективным направлением

в лечении тромбоза вен сетчатки является использование лазеркоагуляции. С помощью луча лазера удается разрушить новообразованные капилляры, кровоизлияния.

Профилактика тромботических состояний сосудов сетчатки глаза основана на прекращении действия главных факторов тромбообразования. Большое значение имеет предупреждение и эффективное лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Нужно стремиться к наиболее правильному образу жизни, устранению нейрогенных факторов — отрицательных эмоций и перенапряжения нервной системы. Важную роль играет рациональный режим питания, работы и отдыха. Профилактическое применение антикоагулянтов следует проводить только по рекомендации врача под строгим лабораторным контролем.

ХРОНИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СОСУДАХ СЕТЧАТКИ

Помимо непроходимости крупных сосудов глаза, о которых речь шла выше, среди заболеваний глаз очень важное место занимает хроническое, медленно развивающееся нарушение кровообращения в мельчайших сосудах сетчатки — капиллярах и прекапиллярах.

Сосудистая система органа зрения хотя и находится в тесной взаимосвязи со всей сосудистой сетью организма, но при этом имеет характерную специфику. Анатомо-физиологические особенности кровоснабжения сетчатки обусловлены конечным характером и малым калибром ее сосудов, недостаточным количеством анастомозов, а также, как уже указывалось, чрезвычайной чувствительностью нервных элементов сетчатки к кислородному голоданию.

За последние 20 лет представления о структуре отдельных участков системы кровообращения, в частности кровообращения в глазу, претерпели коренные изменения. Особое значение и внимание исследователей привлекает система так называемой микроциркуляции, то есть кровообращения в микроскопических сосудах. Термин «микроциркуля-

торное русло» объединяет систему артерий и вен: артериолы — прекапилляры — капилляры — посткапиллярные венулы — венулы. Все эти звенья микроциркуляторного русла выполняют присущие им функции, то есть обеспечивают проницаемость сосудистой стенки и доставку питательных веществ и кислорода клеткам. Именно через стенки капилляров ткани глаза получают кислород, питательные и другие вещества. И через ту же капиллярную стенку ткани освобождаются от ненужных им продуктов.

В практической офтальмологии врачам не так уже редко приходится встречаться с патологическими состояниями в глазах своих пациентов, связанных с хроническим, медленно развивающимся нарушением кровообращения в мельчайших сосудах сетчатки в ее микроциркуляторном русле. К таким заболеваниям относится диабетическое поражение сетчатки (так называемая диабетическая ретинопатия).

Другой распространенный вид хронического нарушения микроциркуляции в сосудах сетчатки — различного вида старческие инволюционные дегенерации. Речь в таком случае идет о части общего процесса одряхления организма; поражение сосудов развивается здесь как фрагмент нарушений, которые являются объектом изучения геронтологии — науки о старении.

Возрастное нарушение микроциркуляции в капиллярах, как правило, не ведет к гибели больших участков сетчатки. Однако при хроническом нарушении кровообращения сетчатка попадает в условия постоянного кислородного голодания. В целом она не гибнет, но в ней есть места, особенно чувствительные к дефициту кровоснабжения, которые и страдают в первую очередь.

Таким местом является прежде всего так называемое желтое пятно (macula) — это центральная зона сетчатки, размер ее около 2 миллиметров в поперечнике, она расположена против зрачка. В функциональном отношении эта зона сетчатки самая важная: она обеспечивает человеку возможность читать и работать на близком расстоя-

нии, то есть от нее зависит центральное зрение в отличие от периферического.

С возрастом, когда кровоснабжение становится недостаточным для полноценного питания сетчатки, желтое пятно нередко подвергается дегенерации: человек теряет центральное зрение и не может читать, писать, смотреть кино, телевизор. В то же время слепота не наступает — способность к ориентированию в окружающем пространстве сохраняется, так как периферическая часть сетчатки функционирует удовлетворительно.

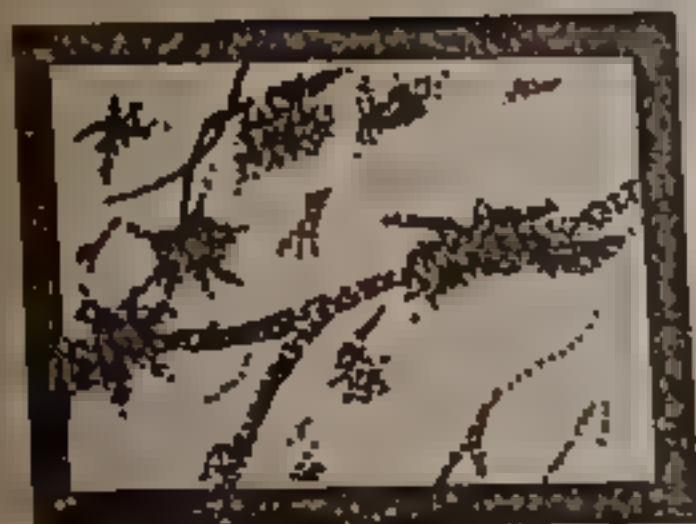
Другую большую группу хронических дистрофических заболеваний сетчатой оболочки составляют наследственные болезни глаз. В частности, так называемая тапето-ретиальная абитрофия, или пигментная дистрофия сетчатки; народное название этого страдания «куриная слепота».

Пигментная дистрофия сетчатки представляет собой медленно развивающийся процесс в наружных слоях сетчатки с гибелью ее нервных клеток (первого нейрона). Вторично в сетчатку врастают размножающиеся клетки пигментного эпителия, которые постепенно могут прорасти во все ее слои. Тогда вокруг разветвлений капилляров на глазном дне образуются пигментные скопления, которые хорошо видны врачу-офтальмологу при офтальмоскопии, и напоминают по форме костные тельца с отростками (рис. 5). С периферии глазного дна такая пигментация очень медленно, иногда в течение десятков лет, распространяется к центру.

Как правило, пигментная дистрофия начинается в молодом возрасте. Вначале больные ощущают только ухудшение сумеречного зрения, а днем не испытывают никаких ограничений зрения. С течением времени сумеречное зрение расстраивается все сильнее, затрудняется ориентировка даже в знакомой местности, наступает выраженная «куриная слепота», сохраняется лишь дневное зрение. Палочковый аппарат, ответственный за сумеречное зрение, при этом гибнет. Центральное же зрение может сохраняться в течение всей жизни даже при очень узком поле зрения (человек смотрит как бы через узкую трубку).



а



б

Рис. 5. а — пигментная дистрофия сетчатки, вокруг сосудов пигментные скопления в виде звездочек — «костные тельца»; б — деталь рисунка

В последние годы пигментная дистрофия сетчатки рассматривается как одна из основных причин слепоты и слабовидения. Частота этого заболевания в индустриально развитых странах за последнее время, согласно данным литературы, заметно возрастает. Эта группа заболеваний имеет генетическую этиологию (70 %); значительное число случаев заболеваний (30 %) возникает спорадически, связано с нарушением обмена веществ в организме человека.

Большую роль в возникновении указанной болезни играют перенесенные в детстве корь, ветряная оспа и др.; токсические воздействия, перенесенные во время беременности вирусные инфекции, заболевания печени.

Последние десятилетия характеризуются активными исследованиями в направлении поисков эффективных методов профилактики и лечения с целью уменьшения инвалидизации этих больных. Разрабатываются также вопросы медико-генетического консультирования больных: устанавливается вид наследования, риск иметь в потомстве данное

заболевание, организуются обследования родственников для выявления данных форм заболевания и т. п.

Многочисленные попытки лечебного воздействия на пигментную дистрофию сетчатки, начатые в XVIII веке, продолжают активно и сейчас. Среди предлагаемых многочисленных методов и средств лечения следует выделить сосудорасширяющие средства и витамин А. В настоящее время рекомендуют специальные фильтры-очки для ограничения светового облучения сетчатки, так как инфракрасная радиация светового спектра, попадающая в глаз, имеет отрицательное влияние на сетчатку.

Следует отметить, что за последние два десятилетия понимание патогенеза наследственных заболеваний сетчатки значительно повысилось. Этому способствовали, в первую очередь электронно-микроскопические и гистохимические исследования. Перспектива дальнейших исследований, несомненно, заключается в комплексном изучении каждой из форм наследственной патологии совместно с генетиками, морфологами и специалистами других медицинских профилей.

Из группы наследственных поражений глазного дна есть смысл, очевидно, рассмотреть возможности лечения пигментной абнотрофии сетчатки (пигментный ретинит) — заболевания, широко распространенного, начинающегося, как правило, в детском возрасте и отличающегося неуклонным прогрессированием вплоть до слепоты, которая наступает в среднем к 50-летнему возрасту.

14 лет назад для лечения этого заболевания был предложен комплекс рибонуклеотидов, получивших условное название препарата ЭНКАД. При научных исследованиях сотрудниками Института эволюционной физиологии и биохимии имени И. М. Сеченова было найдено, что у больных, страдающих пигментным ретинитом, значительно увеличивается содержание мочевой кислоты в крови, что свидетельствует о нарушении у них нуклеотидного обмена.

К настоящему времени в Московском НИИ глазных болезней имени Гельмгольца проведен анализ наблюдений за 1600 лечеными пациентами с

пигментной абнотрофией сетчатки. Относительная стабилизация процесса, заключающаяся в сохранении первоначальных зрительных функций или же в значительном замедлении темпа прогрессирования заболевания, отмечена в 43 % случаев. Это позволило указанным пациентам остаться трудоспособными или, во всяком случае, сохранить возможность самообслуживания.

Учитывая свойственную болезни тяжесть и безысходность процесса, можно считать приведенные результаты обнадеживающими и обосновывающими продолжение научно-исследовательской и практической работы в лечении пигментного ретинита.

Ученым известны наследственные поражения центральной области сетчатки, проявляющиеся в детском и юношеском возрасте, которые называются болезнью Штаргардта или во взрослом возрасте — болезнью Бера. Для нее характерно раннее снижение центрального зрения при сохранении периферического. Как правило, электроретинограмма остается нормальной. Попытка лечения этого заболевания различными препаратами (витаминотерапия, сосудорасширяющие препараты и др.) оказалась безуспешной.

В последние годы в ряде зарубежных лабораторий было в эксперименте обнаружено, что при дистрофических процессах в сетчатке создается дефицит тауриновой кислоты. В связи с этим оправдано применение для лечения болезни Штаргардта препарата тауриновой кислоты, разработанного в Институте биофизики Министерства здравоохранения СССР, названного тауфоном. При курсах введения тауфона 460 пациентам с болезнью Штаргардта в 29,5 % случаев острота зрения повысилась на 0,05—0,2, что специалисты считают несомненным достижением.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ ПРИ ДИАБЕТЕ

Сахарный диабет — одно из самых распространенных заболеваний эндокринной системы.

В последние годы во многих странах отмечают рост числа больных с диабетическими сосудистыми поражениями.

Это связано не только с увеличением продолжительности жизни больных сахарным диабетом благодаря открытию инсулина, но и, по-видимому, с нарастающей распространенностью заболевания. Рост распространенности сахарного диабета среди населения ведет к нарастанию частоты глазных осложнений.

Сахарный диабет, как известно, обусловлен тем, что поджелудочная железа вырабатывает недостаточное количество инсулина. Это нарушает способность организма усваивать углеводы, в результате чего замедляется превращение сахара в гликоген (животный крахмал) и сгорание его в тканях. Дефицит инсулина отрицательно сказывается и на обмене белков и жиров, интенсивное преобразование их в сахар сопровождается образованием побочных продуктов, так называемых кетоновых тел. Последние, накапливаясь в крови, отравляют организм больного.

Высокое содержание сахара в крови, глубокие изменения всех обменных процессов неблагоприятно влияют на организм, в частности на кровеносные сосуды. При сахарном диабете наблюдается поражение сосудов различного характера: специфическое поражение капилляров, венул, артериол, атеросклеротические изменения артериальной системы. Поражение капилляров, свойственное диабету, встречается у больных любого возраста. Оно раньше появляется и бывает более выраженным при плохо скомпенсированной форме диабета и резко измененном обмене веществ.

Из всех эндокринных заболеваний сахарный диабет наиболее часто вызывает изменения в органе зрения. Эти изменения разнообразны по локализации и степени выраженности. Можно с уверенностью сказать, что не существует ни одного отдела, ни одной оболочки глаза, которые в той или иной степени не были бы подвержены изменению при диабете.

Более чем у 50 % больных сахарным диабетом, особенно у людей пожилого возраста, развивается катаракта, у 10—14 % — глаукома. Диабетическая ретинопатия (заболевание сетчатой оболочки глаза) — одна из основных при-

чин слепоты у больных сахарным диабетом.

Диабетическая ретинопатия чаще обнаруживается у женщин, чем у мужчин. Начальные изменения в сетчатке не вызывают жалоб у больных и нередко обнаруживаются случайно, при посещении больным глазного врача, например для подбора очков. Специальное обследование у эндокринолога (по совету глазного врача) выявляет при этом наличие диабета, протекающего бессимптомно. Таким образом, офтальмологическая симптоматика для ранней диагностики диабета может быть очень показательной.

Поражения сетчатки при сахарном диабете обусловлены патологическими изменениями сосудов — вен и капилляров. Когда задеты мелкие сосуды, врачи говорят о микроангиопатиях, образовании так называемых вздутий на них, микроаневризмов. Если процесс прогрессирует, появляются кровоизлияния, отек, дегенеративные изменения сетчатки, образуются новые сосуды (что называется неоваскуляризацией) и, разрастается ткань сетчатки.

Степень выраженности отдельных вышеописанных симптомов и их сочетания обуславливают многообразие клинической картины заболевания. Если ретинопатия прогрессирует, у больного возникают жалобы на ухудшение зрения, появление тумана, «летающих мушек» перед глазами. Иногда при тяжелом запущенном процессе больной, страдающий диабетом, вовсе перестает видеть.

Распространенность сахарного диабета, который ведет к нарастанию частоты глазных осложнений при диабете, заставила более глубоко и тщательно изучить причины и обстоятельства возникновения, а также клиническое течение такого грозного заболевания, как диабетическая ретинопатия.

В ранней диагностике диабетической ретинопатии большую роль сыграл новый метод исследования — флюоресцентная ангиография сосудов сетчатки. Только с помощью этого метода стало возможным увидеть ток крови в сосудах сетчатой оболочки глаза. Хотя применение красящего вещества флюоресцеина

на как индикатора проницаемости при дефектах эпителия роговой оболочки было известно около 100 лет назад, только с 1961 года благодаря работам Х. Новатного и Д. Алваиса стало возможным использовать раствор флюоресцеина для контрастирования сосудов сетчатой оболочки глаз.

Метод флюоресцентной ангиографии своей объективностью и информативностью превосходит все существующие до сих пор способы исследования сосудистой системы глаза. С его помощью были выявлены многие существенные изменения в сосудах сетчатки, которые до этого оставались неизвестными (рис. 6).

Флюоресценин — особое красящее вещество, которое обладает способностью к свечению. Введенный в кровь, он быстро заполняет все сосудистое русло сетчатки, что позволяет точнее увидеть все изменения на глазном дне, следовательно, своевременно установить диагноз болезни. Производится фотосъемка глазного дна с регистрацией времени прохождения флюоресцеина по сосудам того или иного отдела глаза. Возможна и киносъемка этого быстро протекающего процесса.



Рис. 6. Картина нормальных сосудов глазного дна (наблюдения велись с помощью флюоресцентной ангиографии)

Флюоресцентной ангиографией удается выявить изменения сосудов глазного дна при диабете тогда, когда еще никаких жалоб на зрение у больных нет и врач-офтальмолог своими обычными методами обследования (острота зрения, осмотр глазного дна офтальмоскопом) еще никакой патологии не отмечает.

С помощью флюоресцентной ангиографии врачи обнаруживают изменения сосудов сетчатки у детей и взрослых с латентным (скрытым) диабетом различной продолжительности. Возраст больных и длительность заболевания не оказывают решающего влияния на характер самых начальных изменений артериол и венул, расположенных вокруг желтого пятна сетчатки.

Для раннего выявления диабетических изменений на глазном дне и разработки профилактических мероприятий налаживаются совместные исследования проблемы сахарного диабета врачами-эндокринологами и офтальмологами. В последние годы апробирована система диспансеризации таких больных, в которой предусмотрены рациональные формы постоянного наблюдения, основанные на принципах раннего лечения диабета и профилактики осложнений на глазном дне — диабетической ретинопатии.

В сферу деятельности эндокринологов входит лечение больных, направленное на нормализацию нарушенного обмена (углеводного, белкового, жирового) у страдающих сахарным диабетом; нормализацию веса, обучение больных комплексам физических упражнений. Врачи-офтальмологи контролируют состояние глазного дна, чему придается большое значение в прогнозировании зрительных функций у больных с диабетической ретинопатией.

В сложившихся формах диспансеризации имеются два звена: наблюдение больных диабетом в районных поликлиниках и специализированная помощь в ведущих офтальмологических центрах, куда направляются больные для уточнения диагноза и для того, чтобы дать им лечебно-профилактические рекомендации.

Для лечения этого заболевания

предложено множество фармакологических препаратов. Однако несмотря на обилие методов и средств лечения диабетической ретинопатии, первые, казалось бы, благоприятные впечатления нередко сменяются разочарованием больного и врача.

Среди большого арсенала медикаментозных средств в настоящее время заслуживает внимания препарат «доксиум», который обладает выраженным антигеморрагическим действием, то есть под влиянием препарата уменьшаются кровоизлияния на глазном дне.

При тяжелой, далеко зашедшей, так называемой пролиферативной стадии диабетической ретинопатии медикаментозное лечение, по существу, бывает безуспешным. В этом случае клиническая офтальмология использует лазеры. С помощью лазера удается улучшить кровообращение сетчатки, разрушить многие кровоизлияния, уменьшить экссудативные фокусы, устранить или резко уменьшить отек сетчатки.

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕТЧАТКИ

В октябре 1985 года в Ашхабаде происходил крупный форум глазных врачей Советского Союза и зарубежных стран — VI Всесоюзный съезд офтальмологов. На съезде среди многих актуальных вопросов клинической офтальмологии большое внимание было уделено диагностике и лечению заболеваний сетчатой оболочки глаз.

Проблема патологии сетчатки за последние три десятилетия заняла лидирующее положение. Это связано в основном с тем, что слепота по современным статистическим исследованиям формируются главным образом за счет первичного или вторичного поражения сетчатой оболочки.

Следует отметить, что сколько-нибудь существенных методов профилактики заболеваний сетчатки в настоящее время не существует, поэтому наблюдается не уменьшение, а, скорее, рост многообразных форм заболеваний сетчатки. Отчасти это может быть связано

с качественным сдвигом в диагностике, что позволило шире выявлять патологические изменения, ранее трудно диагностируемые.

Понимание важности проблемы и необходимости специальных знаний для квалифицированного подхода к ней дало основание для выделения из общей офтальмологии направления исследований, которые можно назвать ретинологией (сетчатка — латинское название — «рети́на»), а соответствующих специалистов — ретинологами. В связи с этим в ряде стран мира были созданы ретинологические центры, в которых комплексно решаются сложные вопросы патологии сетчатки.

В нашей стране различные направления в изучении заболеваний сетчатки разрабатываются в той или иной мере в ряде офтальмологических учреждений, к которым относятся ВНИИ офтальмологии Министерства здравоохранения СССР, Московский НИИ глазных болезней имени Гельмгольца, Институт микрохирургии глаза Министерства здравоохранения РСФСР, Одесский НИИ глазных болезней и тканевой терапии имени академика В. П. Филатова, кафедры глазных болезней Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, Волгоградского, Ленинградского педиатрического и Ростовского медицинских институтов.

Можно с определенностью сказать, что методы исследования имеют определяющее значение для изучения патогенеза, диагностики и лечения заболеваний сетчатки. Офтальмоскопия зеркальным офтальмоскопом типа Лебрейха в настоящее время из-за малой информативности стала анахронизмом.

Точная диагностика ретинальной патологии невозможна без электрических прямых офтальмоскопов, бинокулярных офтальмоскопов, офтальмоскопии с трехзеркальной линзой. Только хорошее увеличение и оптимальное освещение дают возможность для ориентации в различных изменениях на глазном дне.

Особое значение имеет флюоресцентная ангиография, введение которой в практику имело революционизирующее значение для ретинологии. Появились возможности для выявления новых форм

патологии, определения показаний к лазеркоагуляции.

Характерным для этого кардинального метода исследования глазного дна является его неуклонное совершенствование, заключающееся в развитии ангиографии переднего сегмента глаза, флюорометрии стекловидного тела, иридографии, совершенствования техники флюоресцентной ангиографии в виде создания новых фундускамер с более широким углом обзора, большей скоростью фотографирования (до 40 кадров в секунду), разработана ангиография с видеозаписью.

Если говорить о наиболее существенном вкладе в лечение ряда заболеваний сетчатки, то на первое место следует поставить фотокоагуляцию лазером на аргоне и криптоне. По существу, при таких процессах, как диабетическая ретинопатия, отеки макулярной области различного происхождения, ангииты, отслойка сетчатки и некоторые воспалительные заболевания, лазер является основным прибором ретинолога.

Консервативное лечение за последнее время также претерпело изменения в связи с появлением новых медикаментозных средств, оказывающих действие на патогенез, то есть механизм развития болезни. К ним надо отнести такие препараты, как трентал, сосудорасширяющие средства (редергин и прискол), новые стероиды, в том числе пролонгированного (замедленного) действия, фибринолитики (стрептодеказа), антиоксиданты, препарат тауриновой кислоты тауфон, а также ингибиторы простагландинов.

Общий принцип современного подхода к консервативному лечению заболеваний сетчатки заключается в создании максимальной концентрации лекарственного препарата в тканях глаза, что соответствует мнению академика Е. И. Чазова о том, что эффективность лечения будет максимальной при подведении препарата непосредственно к патологическому очагу.

Проблема научного поиска в лечении тяжелых заболеваний сетчатки продолжается. Наиболее обнадеживающие результаты дает использование лазеров в

сочетании с некоторыми терапевтическими препаратами.

БЛИЗОРУКОСТЬ

О близорукости сейчас много говорят и пишут. Это понятно, так как примерно одна пятая выпускников школ страдает подобным дефектом зрения. Близорукость поражает людей в самом цветущем работоспособном возрасте и в тяжелых случаях заболевания приводит к слабовидению и инвалидности. Серьезно изучать проблему близорукости начали более 100 лет назад. За это время офтальмологами было высказано немало предположений относительно механизма ее возникновения. Особенно интенсивно исследования по проблеме близорукости, ее происхождения, лечения и профилактики ведутся в Советском Союзе и в Японии.

У нас в стране такие исследования возглавляет заслуженный деятель науки, председатель правления Всесоюзного научного общества офтальмологов, профессор Эдуард Сергеевич Аветисов, который с большой группой своих учеников внес весомый вклад в разрешение этой сложной задачи.

Проблема близорукости выходит за рамки офтальмологии, поскольку она тесно связана с общебиологическими процессами роста и формирования органов и систем человеческого организма. Близорукостью занимаются, помимо офтальмологов, морфологи, генетики, биофизики, биохимики, антропологи, оптики. На вооружение взяты самые современные методики исследования. Тщательно изучены все гипотезы о происхождении близорукости.

Обобщив все известные данные, профессор Э. С. Аветисов считает, что сегодня можно говорить о трех основных механизмах развития близорукости: первый — это несоответствие между зрительной нагрузкой и аккомодацией глаза; второй важный механизм развития близорукости — наследственный и, наконец, еще один механизм появления близорукости — это изменения в строении склеры.

Попробуем раскрыть указанные ме-

ханизмы. Глаз человека — своеобразная оптическая камера со светочувствительным экраном — сетчаткой и светопреломляющими средами — роговицей и хрусталиком. Известно, что рассматриваемый предмет отчетливо виден лишь в одном случае: если роговица и хрусталик так изменяют ход световых лучей, что изображение предмета точно совпадает с сетчаткой.

Для получения такой точности требуется определенная сила преломления роговицы и хрусталика и соответствующая длина глазного яблока. В процессе развития организма это соотношение регулируется исключительно точно. К 12—13 годам у большинства людей сетчатка уже принимает то положение, которое необходимо, чтобы глаз отчетливо видел далекие предметы.

Если же предмет приближается к глазам, то начинает действовать тонкий нервно-мышечный механизм — аккомодация. Специальная цилиарная мышца глаза, напрягаясь, делает хрусталик более выпуклым, отчего он сильнее преломляет лучи света. Чем ближе предмет, тем больше напряжена цилиарная мышца, тем круглее хрусталик.

Без аккомодации мы не могли бы, не теряя отчетливости изображения, переводить взор, допустим, с висящей на стене картины на стрелки ручных часов.

Что же происходит при близорукости? Задний отдел глазного яблока как бы растягивается, сетчатка соответственно отодвигается. И получающиеся в таких глазах изображения отдаленных предметов фокусируются впереди сетчатки, перестают совпадать с ней, теряют отчетливость.

Близорукий глаз хорошо видит без очков только близко расположенные предметы. А если глазное яблоко продолжает удлиняться, то близорукость прогрессирует. Тогда из оптического дефекта близорукость превращается в серьезную болезнь.

Итак способность глаза приспособливаться к разглядыванию предметов, находящихся на разных расстояниях, называется аккомодацией. Благодаря ей мы в состоянии переводить взгляд с дальнего предмета на ближний. Мы, например, смотрим в небо, а затем

переводим взор на лежащую на столе книгу и т. п.

Если у ребенка в момент, когда он начинает читать и писать, то есть вести напряженную зрительную работу, хорошая аккомодация, то глаз легко справляется с большой зрительной нагрузкой.

Здесь нельзя не сказать о том, что теперь маленьким детям, только что переступившим порог детского сада, родители да и учителя нередко начинают давать излишне много всевозможных зрительных нагрузок.

Родители, казалось бы, стремятся сделать своих детей всесторонне образованными. Помимо обычной школьной программы, которая достаточно насыщена, ребенок еще посещает музыкальную школу, изостудию, различные кружки, смотрит множество телевизионных передач и т. п. Но все это может приводить к значительным зрительным перегрузкам, особенно у 7—9-летних детей, аккомодация у которых недостаточно развита.

Глаз, вынужденный при непосильных нагрузках часто перестраивать свою работу, растягивается в длину — развивается близорукость. Это может случиться и при хорошей аккомодации в том случае, когда зрительная нагрузка слишком велика и непосильна. Быстрая утомляемость глаз при письме и чтении, головные боли, временное нарушение зрения вдаль — обычные предвестники близорукости.

Ослаблению аккомодационной мышцы глаза способствуют некоторые весьма распространенные, особенно у детей и подростков, заболевания — хронические тонзиллиты, ревматизм, частые острые респираторные инфекции, а также общее ослабление защитных сил организма.

Роль второго важного механизма развития близорукости — наследственности — известна очень давно. Установлено, что в семьях, где близорукость прослеживалась в ряде поколений, она встречается втрое чаще, чем в других.

В настоящее время детально изучены особенности наследственной передачи близорукости. Так, учеными установлено, что наследуется главным образом длина передне-задней оси глаза, от которой, как отмечалось выше, зависит превраще-

ние нормального глаза в близорукий.

Близорукость у детей возникает чаще всего, когда оба родителя близоруки. Вместе с тем передача этого дефекта зрения от родителей к детям вовсе не обязательна и, как показали наблюдения за близнецами, его возникновение во многом зависит от условий внешней среды. Для глаза это прежде всего условия зрительной работы, а именно работы на близком расстоянии от объекта. Офтальмологи даже установили закономерность, согласно которой чем меньшую роль в происхождении близорукости играет наследственность, тем больше на формирование близорукости глаза влияют зрительные перегрузки.

Наблюдения убедительно показали, что при хорошей аккомодации формируется, как правило, нормальный, соразмерный глаз. Аккомодация может слабеть при пониженном кровоснабжении глаза, под влиянием болезней, в силу недостаточной тренированности.

В указанных условиях долгая зрительная работа на близком расстоянии, особенно в неблагоприятных гигиенических условиях, становится для глаз непосильной. Тогда цилиарная мышца вынуждена работать на пределе возможностей и организму приходится искать пути, которые помогли бы перестроить глаз так, чтобы снять чрезмерную нагрузку. Для этого есть лишь один путь: несколько удлинить глаз и отодвинуть сетчатку назад.

Оказывается, достаточно переместить сетчатку на 1 миллиметр, чтобы зрительная работа на близком расстоянии выполнялась уже безо всякого напряжения аккомодации. И организм, особенно в период роста и развития глаза, легко на это идет — увы, превращая его в близорукий.

Посредством такого механизма формируется, очевидно, почти любая близорукость. Однако у 6—10 % ее обладателей дело этим не кончается. Глаз продолжает удлиняться, близорукость прогрессирует, тонкие внутренние оболочки глаза — сосудистая и сетчатая — подвергаются чрезмерному растяжению, в них возникают болезненные процессы. Действует третий фактор — ослабление склеры. Оно может быть врожденным или

возникнуть в результате болезни, а также эндокринных сдвигов.

Исследования с помощью электронного микроскопа показали, что в указанном случае волокна склеры — фибриллы — теряют свою обычную форму и расположение, становятся слишком тонкими и изогнутыми. Биохимические исследования позволили установить ко всему прочему, что в этих случаях еще существенно нарушается обмен веществ. Постепенно растягивается задний отдел глаза, близорукость прогрессирует. Приведенная концепция происхождения близорукости все более подтверждается.

Наших читателей волнует вопрос: лечится ли близорукость? Так как в основе ее лежит удлинение глазного яблока, вылечить уже развившуюся близорукость нельзя. Все известные средства коррекции зрения — очки, контактные линзы — не лечат, а лишь компенсируют дефект зрения.

Следует особо подчеркнуть, что небольшая — до трех диоптрий — близорукость (если она не прогрессирует) не ограничивает трудоспособность — не представляет никакой опасности для зрения. Постоянная, не прогрессирующая близорукость (до трех диоптрий) является в известном смысле выгодной рефракцией.

Известно, что у людей с соразмерной рефракцией (эмметропией) после 40 лет наступает возрастная дальнозоркость, то есть для чтения, письма и работы на близком расстоянии им нужны очки.

При близорукости слабой степени возрастная дальнозоркость компенсируется, и человек вблизи хорошо видит — очки ему не нужны. Такие люди в большинстве случаев до глубокой старости хорошо видят вблизи, пишут и читают без очков. Одна из основных задач офтальмологов — борьба с прогрессированием близорукости.

На основе новых представлений о происхождении близорукости, о которых подробно говорилось выше, профессором Э. С. Аветисовым выдвинута идея предупреждения развития близорукости воздействием на аккомодационный аппарат глаза. Воздействие это состоит в специальных упражнениях для глаз. Некото-

рые из них можно выполнять только под наблюдением медицинского персонала. Иные же допустимо делать дома, после того как этому обучит врач.

Есть система тренировок, разработанная японскими офтальмологами. С недавних пор наряду с упражнениями врачи стали применять медикаментозные средства, улучшающие работу и усиливающие кровоснабжение аккомодационной мышцы глаза.

Ученые отметили, что при использовании новой методики близорукость прогрессирует в 5 раз реже, чем при традиционных методах лечения.

А что делать, если близорукость достаточно высокая — 6 диоптрий и более? Надо сказать, что близорукость 6—8 диоптрий, пока нет изменений в сетчатке, не мешает обычной трудовой и зрительной деятельности. Единственное неудобство — это необходимость носить очки. Пользование хорошо подобранными очками (для близи обычно более слабыми), общий укрепляющий режим и по рекомендации врача курсы лекарственной терапии помогают удержать близорукость на уровне 6—8 диоптрий. При высокой степени близорукости перспективным видом коррекции являются контактные линзы.

В последнее время в целях исправления высокой близорукости предложен ряд операций. Есть два типа подобных вмешательств. При одном из них меняется форма роговой оболочки. Второй ставит своей задачей укрепить, поддержать склеру в заднем отрезке глаза.

Для профилактики понижения зрения при высокой, осложненной близорукости хирурги применяют операцию, при помощи которой укрепляют задний отдел глаза. При операции как бы создается механический каркас для глазного яблока и устраняется возможность его дальнейшего удлинения. Многолетние наблюдения показывают, что после такой операции развитие близорукости часто приостанавливается.

В СССР в последние годы для исправления близорукости получает все большее распространение операция, изменяющая оптическую силу роговицы, — кератотомия. Впервые ее предложил в 1939 году японский офтальмохирург Сато.

Чтобы уменьшить степень близорукости, он делал насечки в роговице с ее внутренней стороны. Операция давала тяжелые осложнения и потому от нее отказались.

Профессор С. Н. Федоров разработал новую методику кератотомии — насечки в роговице делаются снаружи. В Институте микрохирургии глаза операция кератотомии успешно разрабатывается. Появились новые ее модификации по исправлению не только близорукости, но и дальнозоркости и астигматизма. Прооперированы тысячи больных. Зарубежные офтальмологи из США и других стран приезжают учиться в Институт микрохирургии глаза.

Однако следует сказать, что не все офтальмологические школы у нас в стране и за рубежом согласны с широким внедрением кератотомии. Есть ученые, которые рекомендуют сузить показания к подобным операциям.

Итак, офтальмология пока лишь нащупывает пути лечения близорукости. Тем более важно все, что относится к ее профилактике. Общее правило во всех случаях — не перегружать глаза, беречь их. Особенно это относится к детям дошкольного и младшего школьного возраста.

Трудность научного решения проблемы и чрезвычайно широкое распространение близорукости в мире нередко порождают ложные сообщения о якобы эффективном лечении этого дефекта зрения. Увы, через некоторое время оказывается, что эти методы не оправдали себя. Исследования причин близорукости и способов ее лечения продолжаются.

В Советском Союзе уделяется огромное внимание службе охраны зрения детей. Существуют специальные методологические рекомендации, устанавливающие сроки обследования зрения у детей: в первом полугодии жизни, в 3—4 года, перед поступлением в школу и в 7—8-х классах. Это вменено в обязанности детских глазных врачей.

У нас существует сеть специальных глазных кабинетов, клиник и достаточно хорошо налажена система диспансерного наблюдения детей. Обследуется огромное количество ребятишек. Такой налаженной системы охраны детского

зрения не имеет ни одна страна мира. Система помогает выявлять ранние стадии заболевания и эффективнее лечить больных.

ГИГИЕНА ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ

Основной задачей гигиены зрения детей является обеспечение наилучших условий для работы глаз. Это должно способствовать нормальному развитию детей, повышению зрительной работоспособности, предотвращению развития близорукости и других дефектов зрения.

Гигиена зрения детей предусматривает рациональное освещение помещений в детских садах, школах, рабочих мест дома и в школе. Дети должны правильно сидеть во время занятий, соблюдать режим дня и учебных занятий.

Если у ребенка в начальных классах школы замечено снижение зрения, следует подумать о возможном появлении у него близорукости. Развитию близорукости способствуют недостаточное освещение, неправильная посадка при чтении или письме, мелкий или плохой шрифт, чтение лежа, в движущемся транспорте. Все это вызывает быстрое утомление глаз, требует приближения их к рассматриваемой книге.

Чтение при плохом освещении, во время ходьбы, еды, поездки в транспорте наносит ребенку непоправимый вред. Необходимо, чтобы ребенок не оказывался в таких условиях. Гигиенисты советуют обращать внимание на тексты в книжках, рисунки, наглядные пособия, которыми ребенок пользуется. Желательно, чтобы они были хорошо отпечатаны, на хорошей бумаге, контрастировали с фоном. Определенные гигиенические требования предъявляются к типографскому шрифту.

Выше мы говорили о том, что зрительная работа на близком расстоянии (при чтении, рассматривании мелких деталей) требует гораздо большей затраты сил, чем зрение вдаль. Если же условия при зрительной работе на близком расстоянии окажутся неблагоприятными, то для

преодоления их потребуется еще большее напряжение сил.

Так, школьник, читая при плохом освещении книгу, напечатанную мелким шрифтом, на плохой бумаге, вынужден будет все более и более приближать ее к своим глазам, тем самым чтение потребует от него чрезмерного напряжения, что вызовет быстрое утомление. Подобное длительное влияние неблагоприятных условий зрительной работы способствует растяжению стенок глазного яблока, глаз удлиняется в переднезаднем направлении, начинает развиваться близорукость.

Нормальное расстояние при чтении от глаза до книги — 30—33 сантиметра; оно примерно равно длине руки от локтя до кончиков пальцев. Чтение на таком расстоянии не требует сильного напряжения зрения и дает возможность сидеть не наклоняясь. При чтении книгу следует держать в наклонном положении под углом примерно 15°.

Дома для занятий детей должно быть отведено светлое место у окна. Вечером ребенку нужно обеспечить достаточное искусственное освещение при помощи настольной лампы (60 ватт) с непрозрачным абажуром. Свет должен падать слева на рабочую поверхность, а глаза оставаться в тени. Освещение в классе должно быть достаточным. Окна в классах и квартире не следует загромождать цветами, аквариумами, вешать занавески и т. п. — это мешает проникновению в помещение дневного света. Естественная освещенность в классе зависит от степени отражения дневного света от потолка, стен, мебели. Поэтому эти отражающие поверхности должны быть окрашены в светлые тона.

Для искусственного освещения в классах используют светильники. Освещенность от них на партах и классной доске должна быть не менее 150 люкс. В стандартном классе площадью 50 квадратных метров такую освещенность дают 8 светильников с лампами накаливания по 300 ватт каждая. Более высокий уровень освещенности необходим в школах для детей с ослабленным зрением.

Правильная посадка детей возможна только при наличии в классах парт и столов, соответствующих росту ребенка.

Школьников с пониженным зрением следует усаживать за передние парты, лучше ближе к окну. Школьники, носящие очки, которые полностью исправляют им зрение, могут сидеть за любой партой.

Для уменьшения общего зрительного утомления целесообразно 1 раз в середине учебного дня делать физкультурную зарядку продолжительностью 3—5 минут. Для охраны зрения детей школьного возраста очень важно соблюдать продолжительность занятий, предусмотренную школьной программой, — не удлинять и не сдвигать уроки. Во время перемены учащиеся должны полностью отключаться от зрительной работы.

Интенсивное формирование и развитие зрительных функций у детей происходят до 6 лет. Орган зрения у ребенка в это время особенно подвержен влиянию неблагоприятных факторов. Поэтому в этот период особенно важно оберегать зрение детей от ненужных, излишних зрительных перегрузок. У таких маленьких детей любая зрительная нагрузка — рисование, вышивание, лепка должна продолжаться не более 10—15 минут и чередоваться с подвижными играми.

Многих наших читателей интересует, не приносит ли зрению вред телевидение? Чтобы избежать отрицательного воздействия телевидения на зрение детей, следует помнить: младшим школьникам и дошкольникам разрешается смотреть только детские передачи, не чаще 2—3 раз в неделю. Старшеклассникам тоже не следует смотреть все передачи подряд, лучше это делать не каждый день. Сидеть нужно напротив экрана телевизора не ближе чем 2,5 метра от него. Качество изображения и контрастность при передаче должны быть хорошими. В комнате может гореть неяркий свет.

ГЛАУКОМА

Глаукома — тяжелое заболевание глаз, которое было известно еще в древности. Глаукома распространена во всем мире, и современная статистика показывает, что 1/3 слепых на земном шаре потеряли зрение от глаукомы.

Характерным для глаукомы призна-

ком является повышенное давление в глазу. Дело в том, что внутри глаза происходит обмен жидкостей: проникающих через кровеносные сосуды в полость глаза и вытекающих оттуда. Нарушение равновесия между притоком и оттоком повышает давление внутри глаза.

Если давление внутри глаза повышено сильно и держится длительное время, то снижается зрение и сужается поле зрения. Глаукома — болезнь не только глаза, но и всего организма, его нервно-сосудистой и эндокринной систем. Причиной возникновения глаукомы являются как местные изменения в самом глазу, так и расстройство в высших отделах нервной системы.

Глаз не только орган зрения, но и великолепный гидродинамический аппарат. Циркулирующая в нем жидкость проходит глазную камеру и по дренажным каналам выходит в переднюю часть глаза — к участку, называемому корнем радужной оболочки (это ближе к ее внешней окружности). Здесь у корня радужной оболочки жидкость через микроскопические отверстия «впадает» в венозные сосуды, идущие по поверхности глаза.

Зачем глазу указанная жидкость? Помимо того что она питает глаз, жидкость растягивает все его оболочки, держит сетчатку в расправленном состоянии. Дело в том, что оптическая система глаза должна быть жестко закреплена, а это возможно только при условии сохранения его безукоризненной формы.

Так вот, в здоровом глазу постоянно поддерживается определенное давление, создаваемое внутриглазной жидкостью, от чего зависит его форма и тургор. В заболевшем глазу циркуляция жидкости нарушается, и давление начинает расти.

Глаз нуждается в усиленном питании — по уровню обмена веществ с ним может сравниться, пожалуй, только мозг. Высокое давление, возникающее при глаукоме, препятствует нормальному кровоснабжению зрительного нерва. И если оно держится долго, нервные клетки, испытывая постоянный дефицит в питании, начинают гибнуть.

Обычно болезнь длится не один год (хотя в медицинской практике известны

случаи и молниеносной глаукомы). Зрительный нерв атрофируется постепенно, человек день за днем теряет зрение. И если болезнь запущена, помочь ему бывает почти невозможно.

Клиническое течение болезни имеет различные варианты. Глаукома подчас развивается в виде острых приступов повышения внутриглазного давления с внезапной потерей зрения, сопровождающихся сильными болями в глазу, резкой головной болью, плохим самочувствием, иногда рвотой.

Другая форма глаукомы протекает хронически. При такой глаукоме снижение зрительных функций происходит незаметно для больного и врачу в начальной стадии болезни бывает трудно установить диагноз.

В борьбе со слепотой от глаукомы в Советском Союзе успешно применяется диспансерный метод. Впервые глаукомный диспансер был организован академиком В. П. Филатовым в Одессе. Диспансерный метод, введенный во всех глазных учреждениях страны, помогает рано выявлять заболевание, когда разными средствами можно препятствовать развитию болезни. Организационную и научную работу по борьбе с глаукомой в Советском Союзе возглавляет Московский научно-исследовательский институт глазных болезней имени Гельмгольца.

Массовые профилактические осмотры в настоящее время прошли многие миллионы здоровых людей старше 35—40 лет. Такие осмотры проводятся в глазных кабинетах, на здравпунктах заводов и фабрик, в больницах, на сельских фельдшерско-акушерских пунктах. На профилактические осмотры население является по специальным приглашениям. Врачом исследуются острота зрения, поле зрения, глазное дно и внутриглазное давление.

Больные глаукомой и те, у кого подозревается эта болезнь, берутся на диспансерный учет в глазном кабинете по месту жительства. С этого момента врачи постоянно наблюдают за ними. Их обследуют в специальных глаукомных кабинетах без отрыва от трудовой деятельности.

В сложных случаях больным делают специальные дополнительные исследова-

ния. С помощью электронного тонографа определяют циркуляцию жидкости внутри глаза. Для исследования труднодоступных областей глаза, имеющих важное значение в процессах обмена внутриглазной жидкости, используют гониоскопы. Гониоскопия и биомикроскопия производятся специальным микроскопом — щелевой лампой.

Глаукома связана с нарушением деятельности центральной нервной системы. Изменение коры головного мозга при этой болезни изучается с помощью электрофизиологических исследований.

Как же избежать ухудшения зрения, предупредить развитие болезни?

Хорошее зрение, отсутствие жалоб на глаза еще не показатель здоровья. Поэтому всем людям старше 40 лет следует ежегодно проверять у глазного врача своё зрение и при любых зрительных расстройствах обращаться за врачебной помощью.

Если у больного явная глаукома, то ему необходимо быть под диспансерным наблюдением глазного врача, лечиться систематически, регулярно посещать врача в точно назначенное время и scrupulously выполнять все его назначения.

Для лечения глаукомы врачи применяют многие средства. В каждом отдельном случае больному предписывается индивидуальный режим. По назначению врача применяются витамины, йодистые, антисклеротические, сосудорасширяющие средства.

Врач и больной — союзники в борьбе за сохранение зрения, и в этом союзе роль больного не менее важна, чем врача. Много зависит от правильного соблюдения режима труда и отдыха. Всякую работу, связанную с напряжением зрения, следует выполнять при хорошем освещении, периодически делать короткие паузы. Перерыв для еды использовать только по назначению, не держать за обеденным столом в руках книгу.

Если консервативное лечение при глаукоме недостаточно снижает давление, без операции не обойтись. Какие же хирургические методы лечения глаукомы существуют?

У хирургии глаукомы можно выделить первое, второе и третье поколения. В пер-

вом поколении операции не были направлены конкретно, хирурги вырезали часть стенки глазного яблока во всю толщину. Через образовавшееся отверстие — «фистулу» и оттекала лишняя внутриглазная жидкость. Операции, которые можно отнести ко второму поколению, — это микрохирургия, точно нацеленная на пораженную структуру. Сейчас рождаются операции третьего поколения — с помощью лазерного луча. Эти операции менее травматичны: глаз или вообще не вскрывается или только прокалывается.

Ведь что главное для больного в операции? Обезболивание. А лазер боли не причиняет и обезболивания не требует. Для ощущения боли нужна десятая доля секунды. А здесь меньше чем миллионная доля — столь быстр лазерный укол.

Однако все виды глаукомы лазерная хирургия охватить не может. Лазером можно лечить глаукому только определенного типа.

В настоящее время оперативное лечение глаукомы проводится при помощи микрохирургической техники.

У населения до сих пор распространено представление, что от глаукомы во всех случаях непременно слепнут. Это неверно. Здоровым людям нужно помнить, что можно избежать тяжелых последствий глаукомы, так же как и при всякой другой болезни, если болезнь выявлять в начальной стадии.

При настоящем уровне знаний о глаукоме, при бесплатной, доступной для всех граждан специальной медицинской помощи есть все основания считать, что можно избежать слепоты от глаукомы.

Итак, для борьбы с глаукомой четко разработана трехступенчатая система. Первая ступень — обычные поликлиники, проводящие профилактические осмотры и в случае выявления заболевания направляющие пациента на диспансерное наблюдение. Вторая — специализированные глаукомные кабинеты. Приказом министра здравоохранения СССР кабинеты созданы во всех крупных центрах страны. Третья — стационар, куда направляется больной на операцию. Здесь — наиболее квалифицированная часть офтальмологической службы. Вся эта система охраны зрения уже налаже-

на, и требуется только совершенствование ее работы.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧА БОЛЬНЫМ ГЛАУКОМОЙ

Первыми признаками глаукомы могут быть периодические затуманивания зрения, появление радужных кругов вокруг источника света, не исчезающих при усиленном мигании или протирании глаза. Периодически появляются боли в глазу, головные боли, главным образом в надбровных дугах и височных областях, упорное слезотечение и потребность частой смены очков, предназначенных для пользования на близких расстояниях.

При появлении указанных признаков больному необходимо обратиться к главному врачу.

Следует помнить, что своевременное обследование у офтальмолога помогает раннему распознаванию глаукомы, назначению соответствующего лечения и тем самым сохранению зрения.

Известны случаи, когда глаукома начинается с острого приступа. Иногда острый приступ возникает после сильных нервных потрясений.

Приступ характеризуется появлением сильной боли в глазу, а также в соответствующей части головы, особенно в затылке, что сопровождается тошнотой, нередко рвотой, общей слабостью. Глаз при этом краснеет, веки отекают, зрачок расширяется, зрение резко понижается. При начавшемся остром приступе больному необходимо немедленно обратиться к главному врачу. Острый приступ глаукомы встречается значительно реже, чем хроническая форма болезни.

Больные глаукомой должны находиться на диспансерном наблюдении у главного врача и строго выполнять все его назначения.

Заболевшим глаукомой следует придерживаться следующих правил:

1. Не принимать препараты, содержащие атропин, белладонну, кофеин, стрихнин.

2. Избегать нервных напряжений дома и на работе. Стремиться к поддержанию спокойной обстановки.

3. Чтобы сохранить зрение, строго выполнять назначенное врачом лечение, рекомендованный режим труда и быта.

4. Не работать в ночную смену, не поднимать тяжести, не выполнять работу, требующую наклонов туловища и головы.

5. Не принимать спиртные напитки, натуральный кофе, крепкий чай, отказываться от курения.

Пищу в основном принимать молочно-растительную. Мясо и рыбу употреблять преимущественно в вареном виде. Избегать жирные сорта мяса, копчености и соления. Прием жидкости ограничить до 1,5 литра в день.

6. Следить за состоянием желудочно-кишечного тракта. Избегать запоров.

7. Придерживаться подвижного образа жизни (занятия гимнастикой, прогулки), как можно больше времени пребывать на свежем воздухе.

8. Спать не менее 8 часов в сутки (на высокой подушке). Снотворные принимать только по назначению врача.

9. Не допускать длительного пребывания в темном помещении. Телевизионные передачи смотреть лишь в освещенной комнате.

10. Читать только при достаточном освещении, не допускать утомления глаз.

11. Не пребывать длительное время на солнце с непокрытой головой.

12. О своем заболевании глаукомой ставить в известность врача-терапевта, а также любого другого врача, у которого приходится лечиться.

13. При наличии сопутствующих заболеваний (атеросклероза, гипертонической болезни, сахарного диабета и других), кроме лечения глаз, проводить и общее лечение, рекомендуемое терапевтом, невропатологом и врачами других специальностей.

14. Всегда советоваться с окулистом о приеме того или иного препарата, назначенного другим специалистом.

В настоящее время имеются вполне реальные возможности приостановить прогрессирование глаукомы и сохранить зрение и трудоспособность. Этого можно добиться только при строгом соблюдении режима и выполнении больным всех назначений лечащего врача.

Одно из необходимых условий ясного зрения — прозрачность всех сред глаза. Только при этом лучи света от рассматриваемого предмета проникнут в глаз и беспрепятственно достигнут светочувствительного слоя сетчатки. Любое помутнение на пути этих лучей может в той или иной степени снизить остроту зрения.

Одной из основных оптических сред глаза является хрусталик. Помутнение хрусталика получило название катаракты. При полном помутнении хрусталика (так называемая зрелая катаракта) зрачок бывает окрашен в серовато-белый цвет.

Ранее, когда еще не были известны причины возникновения катаракты, врачи полагали, что причиной этого служит мутная пленка, которая опускается сверху вниз между хрусталиком и радужной оболочкой. Отсюда и происходит название болезни, происходящее от греческого слова «катарактес», что в переводе означает «ниспадающий».

Хрусталик представляет собой прозрачное, сильно преломляющее свет тело, имеющее форму двояковыпуклого стекла. Отличительной особенностью хрусталика является его прозрачность и отсутствие в нем сосудов. Питание его осуществляется путем обмена веществ, получаемых из омывающих его жидкостей.

Хрусталиковая масса в основном состоит из воды (62 %), растворимых и нерастворимых белковых веществ (около 35 %). Кроме того, в его состав входят минеральные соли, небольшое количество жира и холестерина. Хрусталик одет в капсулу (так называемая сумка хрусталика). Она имеет важное значение в процессе обмена веществ в хрусталике.

Хрусталиковая сумка избирательно пропускает в хрусталик необходимые для его жизнедеятельности и прозрачности питательные вещества. Через нее же в обратном направлении из хрусталика в камерную влагу (жидкость, омывающая хрусталик), проникают отработанные продукты обмена веществ.

Питание хрусталика, его жизнедеятельность и обмен являются сложным биохимическим процессом. Если этот процесс совершается нормально,

то химический состав хрусталика почти не изменяется, остается прозрачным. Резкие нарушения обменных процессов в хрусталике изменяют его физико-химический состав, что и является одной из основных причин помутнения хрусталика, то есть развитие катаракты. Однако следует отметить, что достоверной окончательной теории, объясняющей возникновение катаракты, на сегодня еще не существует.

Многие ученые утверждают, что катаракта является результатом старческого увядания организма. Они считают, что катаракта развивалась бы у всех людей, если бы они жили более продолжительное время. Появление катаракты у еще не старых людей связывают с тем, что сроки старения организма у различных людей бывают разными. Наблюдения показывают, что у большинства перешагнувших 80-летний возраст находят начинающуюся катаракту.

Появление помутнений в хрусталике — очень сложный процесс; в котором, по-видимому, играет роль целый комплекс различных, подлежащих еще изучению, факторов.

Одним из основных признаков катаракты, который отмечают больные и с этими жалобами приходят к главному врачу, — является понижение зрения. Пожилой человек при этом начинает плохо видеть, смена очков на более сильные стекла ему не помогает. Зрение неуклонно ухудшается.

Величина и расположение помутнений в хрусталике могут быть различными. От этого зависит и степень понижения зрения. Например, помутнения, расположенные в центре хрусталика против зрачка, будут в большей степени снижать зрение, чем помутнения, расположенные по периферии хрусталика. В некоторых случаях частичное помутнение хрусталика может не увеличиваться и остаться постоянным.

Однако чаще всего возникшее помутнение хрусталика постепенно увеличивается, начинает распространяться на все вещество хрусталика, в конце концов весь хрусталик становится мутным. Такую катаракту называют зрелой. В таком случае в области зрачка виден серовато-

белый мутный хрусталик. В этой стадии процесса зрение утрачено. Больной лишь в состоянии отличить свет от темноты, иногда может ощутить движение руки у лица.

1. Начинаяющаяся катаракта, при которой имеется небольшое количество помутнений. Зрение может оставаться хорошим.

3. Зрелая катаракта: Как было описано выше — весь хрусталик мутен; зрение практически утрачено.

Врожденные катаракты обычно не прогрессируют. Если они значительно снижают зрение у детей, то их следует оперировать. Удаляют такие катаракты как можно раньше, в шесть месяцев. Это объясняется тем, что глазу надо «открыть» доступ света как можно раньше, в противном случае может развиться амблиопия, то есть отсутствие развития зрения из-за не деятельности глаза.

Имеется несколько разновидностей приобретенных катаракт: старческая, диабетическая, лучевая, травматическая и другие виды. Наиболее частым видом приобретенных катаракт является старческая катаракта. Она возникает обычно у людей старше 50 лет и отличается медленным течением.

ступает полное помутнение хрусталика. Так катаракта «созревает». Это явление носит название зрелой катаракты. Отмечена определенная закономерность в сроках созревания катаракты, которая заключается в том, что, чем старше человек, тем медленнее созревает катаракта. Человек при этой болезни может оставаться зрячим многие годы.

В некоторых случаях набухший хрусталик может сильнее преломлять световые лучи. Развивается состояние, напоминающее близорукость. Тогда человек, видевший хорошо вдаль, а вблизи пользующийся очками, замечает ухудшение зрения вдаль, а работать вблизи (читать и писать) ему становится возможным без очков. Нередко больные катарактой отмечают, что при взгляде на источник света (лампу, свечу) они видят не один источник света, а несколько. Это объясняется тем, что неравномерно помутневшие участки хрусталика неодинаково преломляют световые лучи.

Обычно созреванию катаракты каких-либо болевых ощущений не вызывает. Но это не должно успокаивать больного. Ему следует систематически посещать глазного врача для определения оптимального срока хирургического лечения катаракты, а также для контроля за внутриглазным давлением.

вило, быстро прогрессирует. Созревшая катаракта при диабете требует хирургического лечения. Но приходится считаться с тем, что все операции при диабете протекают более тяжело и могут сопровождаться осложнениями.

Поэтому необходимо как можно раньше проводить правильное систематическое лечение диабета, рекомендуемое эндокринологом и офтальмологом, что в известной мере служит профилактикой развития катаракты при диабете.

Что касается травматической катаракты, то она может возникнуть при контузии или ушибе глаза без нарушения целостности глаза и при проникающих ранениях глазного яблока, при которых происходит нарушение целостности капсулы хрусталика и его волокон. В этих случаях помутнение быстро распространяется на весь хрусталик. В некоторых случаях при небольшом ранении глаза помутнение хрусталика может быть частичным, и тогда под влиянием лечения оно полностью рассасывается.

Хрусталик весьма чувствителен к различным видам лучистой энергии. Учеными описаны рентгеновские катаракты, помутнения хрусталика у работающих в сфере ионизирующей радиации, интенсивного теплового излучения, у стеклодувов, сталеваров. Известны случаи возникновения катаракты от удара молнии, от тока высокого напряжения, сильной солнечной радиации и т. п. Соблюдение специальных мер защиты глаз и всего организма от действия лучистой энергии служит надежной мерой профилактики указанных катаракт.

ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАКТЫ

Медикаментозное лечение имеет значение лишь в начальной стадии помутнения хрусталика. Для этой цели предложены разнообразные капли. В их состав входит комплекс медикаментов, регулирующих обменные процессы в хрусталике: витамины группы В₁, В₂, С, раствор йода, глюкоза, глутатион, аденозинтрифосфорная кислота, хлористые соединения кальция и магния, свободный цистеин.

При некоторых формах начальных катаракт медикаментозное лечение позволяет иногда замедлить или приостановить прогрессирование болезни. Однако лечение можно проводить только по назначению и под наблюдением глазного врача. Следует знать, что существует разновидность катаракты, при которой указанные лекарства способны ускорять развитие помутнения хрусталика.

Эффективным способом лечения зрелой катаракты является оперативное вмешательство. Свыше 200 лет назад операцию катаракты за блестящий эффект называли жемчужиной глазной хирургии. В настоящее время техника этой тонкой операции хорошо разработана. Основным этапом оперативного вмешательства — это удаление из глаза мутного хрусталика. Если оболочки такого глаза здоровы, зрительный нерв и сетчатка не повреждены, то зрение после операции восстанавливается полностью.

Глазной врач, изучая больного, обычно решает вопрос о неповрежденности других отделов глаза при мутном хрусталике с помощью проверки светоощущения. Глаз должен четко отличать свет от темноты и правильно определять направление пучка световых лучей. Если же больной неуверенно различает направление световых лучей заболевшим глазом, то операция удаления мутного хрусталика не всегда дает максимальный положительный эффект. Зрение может быть восстановлено не полностью.

В операции по поводу катаракты нуждаются в основном люди пожилого возраста, поэтому перед операцией их тщательно исследуют специалисты различного профиля, которые решают вопрос об отсутствии у них противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы и других органов. Перед операцией больному обязательно санитруют полость рта, чем стремятся избежать инфекционных осложнений в оперированном глазу.

Советские офтальмологи добились больших успехов в хирургическом лечении катаракты. Оперируют ее под микроскопом, применяя новейшие методы: криоэкстракцию, ультразвук, лазер, вживление искусственного хрусталика. В настоящее время наиболее широко ис-

1980
пользуется метод криоэкстракции катаракты.

Техника указанного метода заключается в том, что мутный хрусталик извлекается из полости глаза специальным инструментом — криоэкстрактором. Наконечник его охлаждают до низкой температуры и приставляют к хрусталику. Инструмент примораживается к хрусталику, и последний извлекается из полости глаза через предварительно произведенный разрез.

Производство операции по удалению катаракты под микроскопом, зашивание разреза иглами величиной с ресницу и нитками, настолько тонкими, что они не видны невооруженным человеческим глазом, позволили осуществлять ее менее травматично, намного сократили возможные осложнения при этой операции.

С 1972 года в практику глазной хирургии внедряется метод удаления катаракты ультразвуковой иглой. Потенциальные возможности метода очень велики. Операция протекает более легко. Ее характер, подготовка больного, послеоперационный период, показания к ней иные, чем при общепринятом методе удаления мутного хрусталика.

Больных после удаления катаракты ультразвуковой иглой можно поднимать с постели через час. Однако нельзя представлять дело таким образом, что этот метод удаления мутного хрусталика наиболее целесообразен. Только глазной хирург, работающий в этой области, может решить вопрос, кому и в какой ситуации показано удаление хрусталика ультразвуковым методом.

После удаления из глаза мутного хрусталика зрение все же остается низким. Хрусталик играет роль положительной линзы, фокусирующей лучи света на сетчатке глаза. При отсутствии хрусталика световые лучи, проходя через преломляющие среды глаза, фокусируются за сетчаткой. Поэтому зрение такого глаза будет нечетким. Глаз становится сильно дальновзорким.

Для того чтобы оперированный глаз хорошо видел, вместо удаленного хрусталика ему необходима дополнительная коррекция, которая поможет заменить преломляющую силу хрусталика. Тем самым достигается нормальное преломле-

ние световых лучей, которые, проходя через искусственную линзу и преломляющие среды глаза, фокусируются на сетчатой оболочке глаза, в результате чего появляется четкое и ясное изображение. Так пациенту возвращается нормальное зрение.

После операции удаления мутного хрусталика встает вопрос, чем следует заменить отслужившую линзу — мутный хрусталик. Традиционно это достигается с помощью очковых стекол силой $+10$, $+12$ диоптрий, выполняющих роль хрусталиков. Правда, после удаления односторонней катаракты размеры изображения на сетчатках правого и левого глаза становятся настолько различными по величине, что не сливаются в единый образ. Это приводит к тому, что оперированный пациент пользуется фактически одним здоровым глазом.

Однако у большинства больных пожилого возраста катаракта возникает на обоих глазах. И после операции при ношении очков ($+10$, $+12$ диоптрий) у них восстанавливается нормальное зрение вдаль. Поскольку глаз, лишенный хрусталика, теряет способность к аккомодации, для работы на близком расстоянии (чтение, письмо) возникает необходимость в других очках, стекла которых на 2—3 диоптрии сильнее первых (для дали или для постоянного ношения).

Здесь шла речь о стеклах для людей, у которых до операции была соразмерная рефракция — у них не было ни близорукости, ни дальновзоркости. Если же у оперированного пациента имелась близорукость или дальновзоркость, то очки ему понадобятся другой преломляющей силы. В каждом конкретном случае очки подбираются врачом индивидуально, причем не ранее, чем через два месяца после операции.

Представителям некоторых профессий (работники транспорта, летчики, хирурги) обычные очки могут быть неприемлемы. Их могут заменить контактные линзы, которые надеваются прямо на глаза. Как и очки, они абсолютно безопасны. Правда, люди привыкают к ним по-разному: одни лучше, другие хуже. За последние годы появились контакт-

ные линзы из мягких полимеров. Они особенно хорошо переносятся глазом.

Оптическую линзу можно подсадить и внутрь глаза: в этом случае ее называют искусственным хрусталиком.

Таким образом, существует ряд путей восстановления после удаления катаракты полноценного зрения. Но было бы неправильно противопоставлять эти методы один другому. Каждый из них может годиться одним больным и быть ненужным (или даже противопоказанным) другим. В комплексе же они представляют достаточно богатый арсенал возможностей, из которых для любого конкретного случая надо лишь избрать наиболее рациональный.

Для каждого вида коррекции существуют свои медицинские показания и противопоказания. Подавляющему большинству больных следует рекомендовать либо очки, либо контактные линзы.

Операция подсадки искусственного хрусталика также имеет свои показания. Для некоторых больных этот путь может быть даже наилучшим.

Идея создания искусственного хрусталика была описана еще в мемуарах итальянца Джованни Джакомо Казановы (1725—1798). В этих же мемуарах рассказывается о том, что офтальмолог Кассамата из Дрездена в 1775 году предложил изготавливать искусственный хрусталик из стекла. В 1940 году Марчи создал хрусталик из кварца, но ввести его в глаз человека не решился.

Историю развития имплантации искусственного хрусталика следует отнести к 1949 году. В этом году англичанин Гарольд Ридли впервые вживил искусственный хрусталик из полиметилметакрилата в глаз после удаления катаракты. Эта идея возникла у Ридли в связи с тем, что у него был пациент — летчик, который получил травму глаза с внедрением в глаз кусочков органического стекла. Стекло в глазу не вызывало воспаления, глаз хорошо видел. Это подсказало Ридли возможность вживлять в глаз человека искусственный хрусталик.

Однако первые хрусталики Ридли были по весу тяжелые и давали много осложнений после операции. Офтальмо-

логи на Западе в конце концов отказались от этой операции.

Лишь с 1959 года офтальмологи опять начали искать пути внедрения в глаз искусственного хрусталика после удаления мутного. Создавались новые модели хрусталиков, предлагались различные пути их крепления в глазу.

За последние годы появились новые модели искусственных хрусталиков (их сейчас более 200), вполне надежные и безопасные. Они уже используются в практике. И все же для решения вопроса об их широком применении нужно время. Задача, безусловно, актуальная, представляет большой научный и практический интерес. Но очевидно и то, что в нынешних конкретных условиях операция подсадки искусственного хрусталика не полностью решает проблему хирургического лечения катаракты в масштабах страны.

НЫЕ ЛИНЗЫ

Все большее число людей вынуждены носить очки. Но по тем или иным причинам это средство коррекции зрения многих не устраивает. Некоторые пациенты хотели бы иметь заменители очков — контактные линзы. Однако у тех, кто ими пользуется, возникают вопросы, на некоторые из которых мы постараемся ответить.

В настоящее время применяются уже три типа линз. Среди них различают:

1. Твердые, или классические, линзы. Всего 10 лет назад удавалось делать только такие линзы или же большие склеральные стекла на весь глаз, которые опирались на склеру и не касались роговицы. Для изготовления классической линзы применяли химически чистый плексиглас. Линзами из плексигласа были снабжены тысячи пациентов.

2. Мини-линзы, называемые также гибкими, или линзами Бойда. В действительности это тоже твердые линзы, но меньшего размера, не закрывающие всю поверхность роговицы. Они очень тонкие и потому гибкие. Эти линзы значительно удобнее для ношения, чем линзы классического образца.

3. Гибкие, или мягкие, линзы, называемые также гигроскопическими, или гидрофильными, так как в них содержится от 38 до 40 % воды. Они появились вслед за линзами Бойда и быстро завоевали популярность. Однако даже эти линзы нельзя носить постоянно.

Над созданием линз постоянного ношения сейчас работают многие исследователи, используя новые перспективные материалы, в частности силикон. Мягкая линза изготавливается из гидрогеля, то есть из сетчатого пластика, обладающего свойством удерживать воду. При опускании в воду этот пластик набухает и удерживает от 38 до 70 % воды в зависимости от типа материала.

Первым материалом, примененным для гигроскопических (мягких) линз, был искусственный материал гема (2-оксиэтилметакрилат). Большинство гидролей производится на основе полимеров или сополимеров гема.

Материал, используемый для линз, должен быть гигроскопичен (в таком случае он помогает получать из воды кислород, необходимый для дыхания роговицы). То, что кровь приносит тканям, роговице обеспечивают слезы: она «дышит» кислородом, растворенным в слезах.

Гема, конечно, не идеальный материал, таким будет материал, не только гигроскопичный, но и поглощающий кислород воздуха и насыщающий им слезы. Это обеспечит почти естественное дыхание роговицы и позволит добиться постоянного ношения контактных линз.

Кому же из тех, кто вынужден носить очки, их можно и целесообразно заменить контактными линзами? Кроме дальнозорких, почти всем людям, носящим очки, полезно пользоваться контактными линзами.

Специально приспособленные линзы могут в определенной мере помочь и дальнозорким, но выписываются они только в исключительных случаях. При этом недостатке зрения очки более удобны, так как в случае необходимости их можно надеть или снять. Контактные линзы особенно показаны при высокой близорукости.

Если сравнить эффективность контактной линзы и стекол очков при бли-

зорукости, то первая дает лучший оптический эффект. Дело в том, что стекла очков находятся на некотором расстоянии от роговицы глаза, в то время как контактное «стекло» примыкает к ней. Поэтому изображение, проецируемое в первом и втором случаях на сетчатку, различно.

Так, в случае близорукости, тем более сильной, изображение, проецируемое на сетчатку через контактное «стекло», будет большего размера, чем через стекла очков.

При дальнозоркости наблюдается обратное явление. Изображение, проецируемое на сетчатку глаза контактными линзами, по размерам приближается к изображению, которое создает нормальный глаз. Зрение человека, пользующегося контактными линзами, в большей мере соответствует его физиологическим свойствам.

Существует мнение, что контактные линзы стабилизируют близорукость. Неоспоримо, что близорукий, пользующийся контактными линзами, видит лучше, тем более, если у него сильная близорукость. Однако в случае близорукости порядка 1—2 диоптрий эффект менее очевиден.

Некоторые специалисты, изучающие проблемы остановки прогрессирования близорукости, считают, что при ношении контактных линз развитие близорукости значительно ослабляется.

Каковы показания к ношению контактных линз и какие мотивы побуждают людей сменить очки на контактные линзы? Большинство молодых людей, нуждающихся в коррекции зрения, из эстетических соображений не хотят носить очки и стараются заменить их контактными линзами. Имеются профессиональные показания к ношению контактных линз. Линзами пользуются актеры, спортсмены. При ношении контактных линз, в частности гигроскопических, можно заниматься многими видами спорта, даже требующими резких движений и больших нагрузок, например дзюдо, каратэ, боксом, регби, лыжами.

Конечно, нужны определенные меры предосторожности. Например, надо остерегаться пребывания в чрезмерно сухой атмосфере. При занятиях мотоспор-

том нельзя носить каски с обдувом, которые могут высушить линзы. Плавать с линзами можно, но при этом не следует забывать об опасности потерять их, а если речь идет о бассейне — испортить линзы и даже повредить глаза: хлор, содержащийся в воде бассейна, способен накапливаться в линзе и вызывать раздражение роговицы. Не рекомендуется купание с линзами в морской воде.

Помимо линз, используемых для коррекции распространенных недостатков зрения, существуют и другие показания для ношения линз. Есть линзы терапевтического назначения. Они бывают трех категорий.

Первая категория — линза оптической терапии. В ряде случаев линза является единственным оптическим средством восстановления остроты зрения и достижения бинокулярного эффекта (глубинного зренья).

Вторая категория — гигроскопическая линза, используемая в качестве резервуара для лекарств.

Третья категория — все та же гигроскопическая линза служит повязкой, предохраняющей глаз от повреждений и развития воспалительного процесса при ряде заболеваний глаз.

Многих пациентов интересует, все ли хорошо переносят контактные линзы?

Носить и привыкнуть к контактным линзам могут не все пациенты. Надо уметь приспособиться к ним, получая при этом достаточный функциональный эффект.

Сроки адаптации к контактным линзам различны. К мягким линзам привыкают легче и быстрее, чем к жестким. Однако сроки адаптации к ним, переносимость линз строго индивидуальны. Ношение каких бы то ни было линз требует особых мер предосторожности и специального обращения.

Любые линзы, будь то твердые или гибкие, — чужеродные тела, соприкасающиеся с роговицей, чувствительность которой очень велика. При ношении гигроскопических линз осложнения могут носить более скрытую форму, так как в этом случае часто не чувствуется боли — первого признака осложнений.

Поэтому при малейшем неприятном ощущении следует немедленно прекра-

тить ношение линз и обратиться к специалисту. Бдительность и соблюдение определенных гигиенических условий — лучшая гарантия безопасности.

При ношении контактных линз глаз должен нормально смываться слезой. А ведь если роговица «дышит» кислородом, растворенным в слезах, то контактная линза нарушает этот обмен. Указанный недостаток сглаживается усилением притока слезной жидкости. Поверхность роговицы под линзой должна обильно смачиваться. Это особенно важно при ношении гигроскопических линз, чтобы уравновесить постоянное впитывание слез и их испарение. Если же слез выделяется недостаточно, в этом случае ношение контактных линз противопоказано.

В слишком сухом воздухе или при недостаточном притоке слез (например, когда забывают снять линзы перед сном), вода, содержащаяся в ней, может испариться, и тогда гигроскопическая линза высохнет. В этом случае линза теряет форму, а вместе с тем и свои оптические свойства — нарушится острота зрения. Линза также может выпасть либо причинить повреждение глазу (отек роговицы, изъязвление).

При ношении гигроскопических линз необходимо соблюдать определенные правила гигиены, придерживаться соответствующего лимита времени их ношения, установленного врачом, а главное условие — обращаться немедленно за медицинской помощью в случае возникновения каких-либо расстройств.

В производстве и совершенствовании контактных линз в последнее время достигнут значительный прогресс. Так, Министерство здравоохранения РСФСР 30 апреля 1976 года издало приказ № 433 «О мерах по обеспечению населения контактными линзами для коррекции зрения», в котором предусматривается организация производства жестких и мягких контактных линз, а также изготовление полимерных материалов, оборудования и приборов, необходимых для производства таких линз и организации лабораторий и кабинетов контактной коррекции зрения.

При Московском научно-исследовательском институте глазных болезней

имени Гельмгольца создан и работает Всесоюзный научно-методический центр контактной коррекции зрения с экспериментальным производством и учебной базой.

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ГЛАЗ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Есть такой раздел медицинской науки, который называется офтальмогеронтологией. Геронтология — наука о старении — представляет в настоящее время специальную отрасль биологических и медицинских знаний. Становление геронтологии как науки и ее развитие связаны прежде всего с общей идеей о возможности продления человеческой жизни.

Значение геронтологии особенно возрастает сейчас в связи с уже наблюдающимся увеличением продолжительности жизни населения и, следовательно, с прогрессирующим возрастанием числа людей пожилого и даже преклонного возраста.

Это, естественно, влечет за собой необходимость более глубокого изучения всех проблем, связанных с биологическими особенностями стареющего организма, его адаптационных механизмов, факторов, лежащих в основе старения, профилактики и лечения болезней, прямо или косвенно обусловленных возрастом.

Процесс старения и особенности развития, течения и лечения болезней глаз в пожилом возрасте представляют самостоятельные разделы геронтологии, отражающие явления, с которыми глазной врач в его практической деятельности сталкивается ежедневно.

В основе возрастных изменений глаза лежат те же физические и химические процессы, что и при старении любого другого органа или ткани организма.

Однако их проявление весьма специфично, и детальное изучение конкретных изменений той или иной части глаза при его старении представляет важнейшую задачу офтальмологии, так как подход к лечению этих заболеваний имеет свои особенности.

Сложность вопроса заключается в

том, что здоровая физиологическая старость — пока еще явление более редкое, чем старость, отягощенная атеросклерозом, гипертонической болезнью и другими страданиями, маскирующими геронтологические изменения.

Поэтому, приступая к лечению глазных болезней, врачу приходится учитывать возрастные изменения глаз у пожилых и старых людей. В первую очередь это касается специфики обменных и сосудистых реакций людей старческого возраста, а также свойственных этому возрасту особенностей реакций на лекарственные, физиотерапевтические и другие воздействия.

В этом разделе мы расскажем о некоторых специфических изменениях органа зрения, которые наблюдаются у пожилых людей. В ряде случаев такие изменения не влекут за собой тяжелых последствий в виде частичной или полной утраты зрения. Это в основном изменения переднего отрезка глаза. В других же случаях, когда возникают заболевания заднего отрезка глаза, его сосудов и сетчатой оболочки, изменения угрожают зрительной функции человека.

В офтальмогеронтологии — науке о старении глаза — далеко не все заболевания органа зрения у людей пожилого возраста имеют равноценное значение не только с теоретической, но даже и с чисто практической точки зрения. Особого внимания заслуживают болезни и состояния, способные привести к значительному нарушению зрительной функции, к инвалидности по зрению, к слепоте.

Из этих клинических форм в первую очередь следует назвать старческую катаракту.

Если в вопросах происхождения и профилактики старческой катаракты еще много не изученного, если медикаментозное лечение ее является недостаточно эффективным, то хирургическое лечение, напротив, представляет одну из самых блестящих страниц офтальмохирургии и продолжает обогащаться новыми и более совершенными методиками микрохирургического характера.

Правильно организованная диспансеризация больных со старческой ката-

рактой, настойчивое лечение сопутствующих заболеваний и своевременное направление их на операцию обеспечивают высокий процент восстановления зрения. А возвращение пожилым людям зрения и трудоспособности является, естественно, одним из существенных факторов, способствующих долголетию.

Не менее важным, чем старческая катаракта, является проблема глаукомы (или глауком), понимание ее причин и патогенеза, общих и местных факторов, ведущих к этому заболеванию в его различных формах и проявлениях, возможности предупреждения падения зрения, медикаментозного, хирургического и лазерного лечения глаукомы.

Первичная глаукома тесно связана с процессами старения организма в целом и некоторых структур глаза в особенности. Заболевание очень редко начинается до 40 лет и его частота неуклонно увеличивается с возрастом.

Показательными представляются данные исследователей, изучавших частоту возникновения глаукомы в различных возрастных группах. Согласно таким исследованиям с увеличением возраста людей возрастает процент заболевания глаукомой. Если суммировать данные исследований, то оказывается, что пораженность глаукомой в 40—49 лет составляет 0,63 %, 50—59 лет — 1,11 %, 60—69 — 2,14 %, 70—79 — 3,21 % и 80 лет и старше — 12,2 %.

Следовательно, каждые 10 лет частота глаукомы увеличивается примерно вдвое, исключая самый старший возраст (80 лет и старше), когда заболеваемость глаукомой нарастает особенно резко.

Как мы видим, глаукома является заболеванием преимущественно людей, перешагнувших черту второй половины жизни. Поэтому причины возникновения этого заболевания изучают также геронтологи.

Причиной значительного понижения зрения и инвалидности нередко являются различные дистрофические и дегенеративные изменения сетчатой оболочки глаза, наблюдающиеся чаще всего в пожилом и старческом возрасте. Выяснение механизмов развития этих заболеваний, роли при этом сосудистых изменений, атеросклероза, характера

тканевых изменений, в частности нервных элементов сетчатки, равно как и вопросы возможности предупреждения и лечения этих заболеваний, являются задачей офтальмогеронтологии.

К этой проблеме, естественно, примыкают и те заболевания зрительного нерва, которые могут быть связаны с биологическими, патофизиологическими особенностями старческого организма.

Так, изменения глаз при сахарном диабете в пожилом возрасте часто носят очень тяжелый характер, так как развиваются главным образом не на ранних стадиях заболевания диабетом, а по истечении обычно многих лет и приходится поэтому преимущественно на людей более пожилого возраста. Кроме того, следует учесть, что в связи с успехами общего лечения сахарного диабета средняя продолжительность жизни диабетиков значительно увеличилась и продолжает увеличиваться, что ведет к повышению процента слепоты от этого заболевания у пожилых людей.

Изменения переднего отдела органа зрения (роговицы, радужки и придатков глаза), так или иначе связанные с возрастом, имеют, в общем, меньшее практическое значение, чем патология заднего отдела, так как эти изменения не приводят к резкому снижению остроты зрения. Тем не менее с точки зрения офтальмогеронтологии такие изменения весьма характерны.

Изучение закономерностей возрастных изменений хрусталика, заключающемся в нарастающем с годами его уплотнении и потере им эластичности, вопросы оптической коррекции у пожилых людей имеют большое практическое значение.

С наступлением пожилого возраста и связанного с ним увядания организма в органе зрения начинает нарастать ряд регрессивных изменений, которые в силу их закономерного появления можно считать физиологическими. Многие из них сами по себе не вызывают никаких расстройств зрения, другие изменения глаз возрастного характера создают благоприятные условия для развития заболеваний глаз, непосредственно не связанных с возрастом.

Старческие изменения организма про-

являются атрофией клеточных элементов, увеличением соединительной ткани за счет ткани более дифференцированной, отложением жира, продуктов обмена веществ, в особенности пигментов и солей кальция. У пожилых людей ткани уплотневаются, теряют воду, становятся суше и более хрупкими. Органы старого человека несколько уменьшаются в объеме, цвет их может измениться.

Подобные морфологические и неразрывно с ними связанные физиологические изменения в органе зрения захватывают как оболочки самого глаза (роговица, склера, радужка, хрусталик и др.), так и окружающие его ткани. Эти изменения становятся заметными довольно рано — примерно с 30 лет в глазу человека начинают проявляться возрастные изменения.

В старости происходит заметное рассасывание и разрежение костной ткани. Наступает значительное ослабление жевательной мускулатуры, зависящее от выпадения зубов. Все это приводит к изменению формы и структуры орбиты — впадины в черепе, где расположены глаза. В таком случае жировая ткань, выстилающая изнутри орбиту, частично атрофируется. В результате глаза стариков становятся впалыми. У некоторых из них образуется впадина между верхним веком и краем орбиты.

Начиная с 30 лет у наружных углов глаз образуются морщины, «гусиные лапки», которые с возрастом все больше обозначаются. Кожа век теряет эластичность, становится дряблой, на нижних веках образуются мешки, на верхних — нависание кожной складки. Вследствие дряблости кожи век легко возникает выворот нижней слезной точки, что влечет за собой слезотечение. А слезотечение и связанное с ним постоянное механическое раздражение век и глазного яблока при вытирании слез приводят нередко к развитию старческого хронического воспаления век и слизистой, к так называемому блефаро-конъюнктивиту.

Совокупность перечисленных изменений может повести к резкому вывороту нижнего века, паралитическому или старческому. Такой выворот нижнего

века нередко очень беспокоит пожилого человека, приводит к постоянному слезотечению. Устранение его возможно лишь оперативным путем.

Цвет склеры вместо белого или голубоватого в молодости благодаря отложению пигмента — липохрома приобретает у пожилого человека желтый оттенок.

У многих по краю роговицы образуется неполное, позднее замкнутое кольцеобразное помутнение, называемое старческой дугой. Оно имеет желтоватый оттенок. Причиной его является жировое перерождение края роговицы. Иногда между старческой дугой и краем роговицы — лимбом — образуется неглубокая бороздка — так называемая старческая краевая атрофия.

Радужная оболочка в старости изменяется в цвете — из голубой становится светло-серой или зеленоватой. Ткань радужки становится ригидной, менее подвижной, зрачок делается уже и не так живо реагирует на свет. Темная пигментная зрачковая кайма атрофируется и превращается в отдельные узелки. Передняя камера заметно мельчает.

К числу наиболее постоянных и практически важных относятся старческие изменения хрусталика. С годами нарастает уплотнение хрусталика, теряется его эластичность. Это приводит к уменьшению ширины аккомодации и развитию старческой дальнозоркости.

Напомним, что под шириной аккомодации понимают разность рефракции глаза, находящегося в покое, и глаза, максимально аккомодирующего. Ширина аккомодации не является величиной постоянной, а закономерно уменьшается с возрастом, как это видно на кривой, изображенной на рис. 7. Будучи равна в десятилетнем возрасте 14 диоптриям, она постепенно падает в течение всей жизни и к 70 годам равняется нулю. Уменьшение ширины аккомодации зависит от нарастающей потери хрусталиком эластичности. Оплотневающий с возрастом хрусталик становится менее выпуклым из-за расслабления цинновой связки (рис. 8).

Вследствие уменьшения ширины аккомодации ближайшая точка видения все отдаляется от глаз, наступают за-

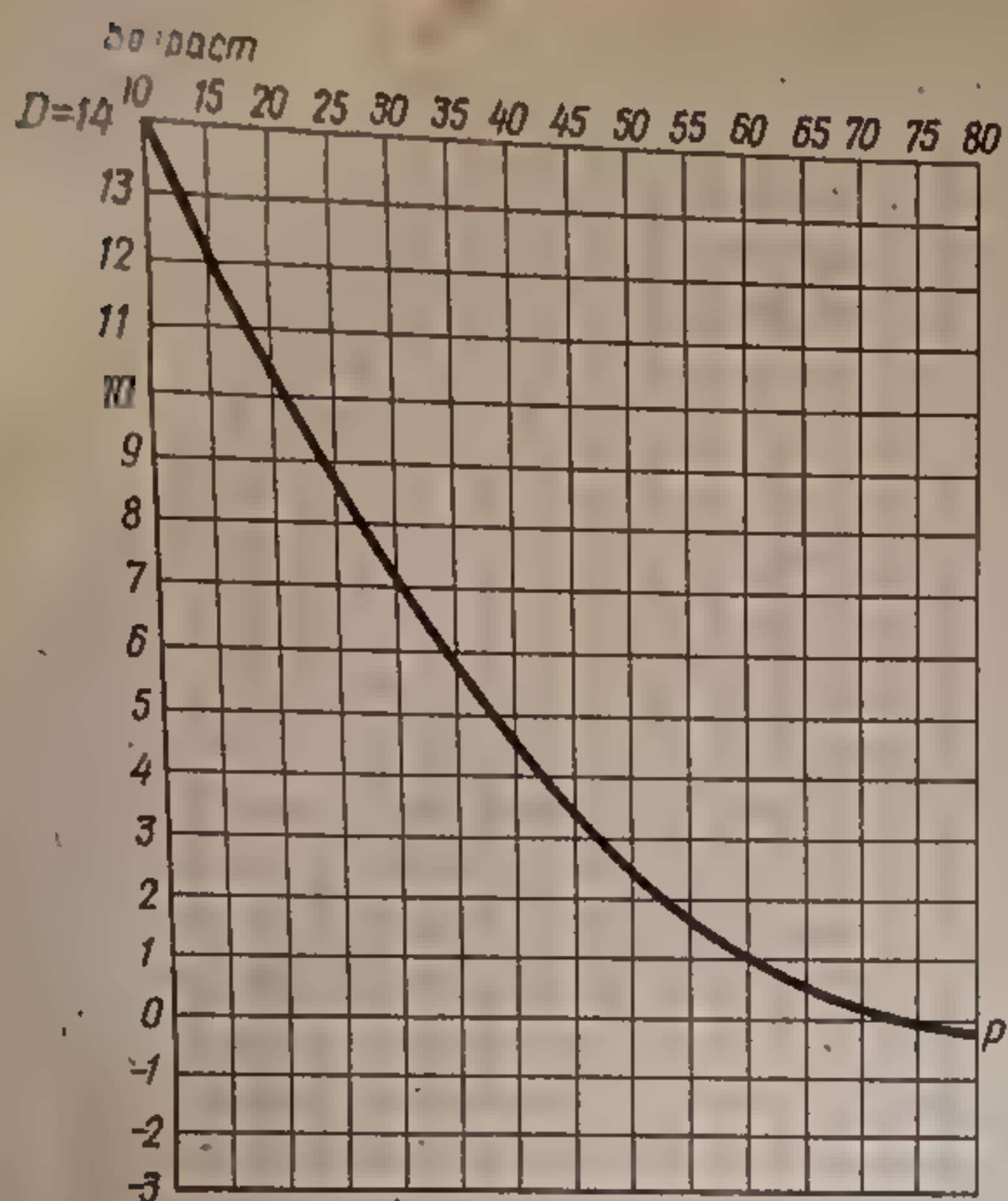


Рис. 7. Зависимость ширины аккомодации от возраста человека

труднения при работе на близком расстоянии. У человека появляется желание отодвинуть книгу дальше привычного расстояния от глаз (25—30 сантиметров в норме). Всем хорошо знакома картина, когда пожилой человек, для того чтобы прочесть мелкий шрифт в газете, отодвигает ее подальше от глаз. В конце концов читать вблизи без очков становится невозможным. Это состояние принято называть старческой дальнозоркостью, или пресбиопией.

Возраст, в котором впервые сказывается пресбиопия, зависит от вида рефракции человека. У людей с соразмерной рефракцией (эмметропов) пресбиопия наступает приблизительно с 42—45 лет, у дальнозорких людей (гиперметропов) раньше, а у близоруких (миопов) слабей степени — позже. У людей с близорукостью средней и высокой степени потеря аккомодационной способности не дает себя чувствовать до конца жизни, так как ближайшая точка видения у них расположена очень близко от глаз.

С наступлением пресбиопии пожилым людям для работы на близком расстоянии необходимо подобрать соответствующие корректирующие очки. Назначение очков людям пожилого возраста зани-

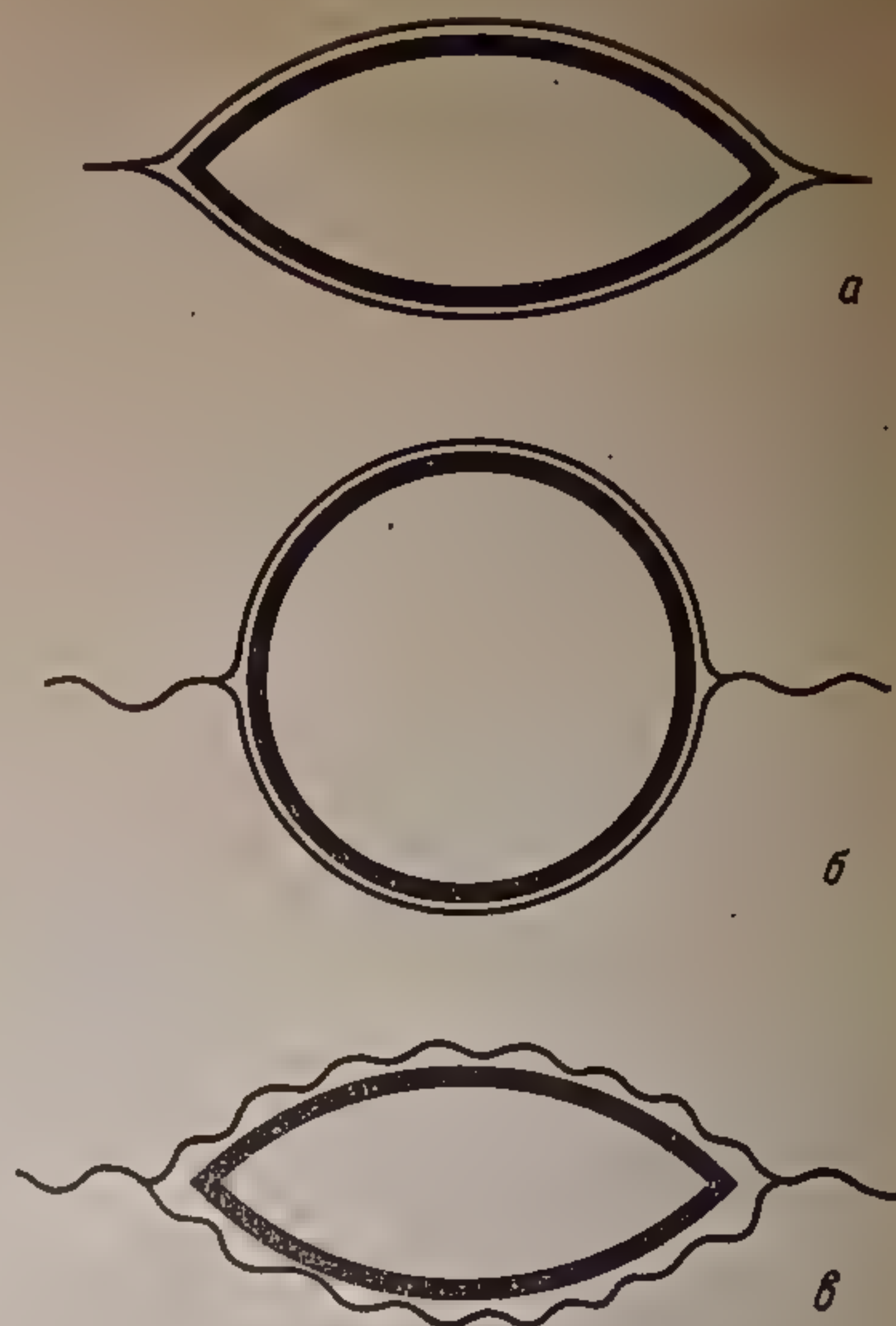


Рис. 8. Изменение хрусталика глаза с возрастом: а — аппарат аккомодации в покое, цинковая связка натянута; б — аккомодация у молодого человека, связка расслаблена, хрусталик имеет шаровидную форму; в — утрата аккомодации в старости, эластичность хрусталика утрачена

мает большое место в работе каждого глазного врача. Чтобы правильно ориентироваться в оптической коррекции таких пациентов, офтальмологам приходится учитывать основные изменения, наступающие в оптическом аппарате глаза.

Для назначения очков пресбиопам необходимо определить рефракцию и прибавить к очкам для дали коррекцию для близи по правилу, предложенному Х. Г. Ландольтом, исходящим из среднего расстояния для чтения в 33,3 сантиметра:

Для 40 лет	+0,25 Д
» 45 »	+1,0 Д
» 50 »	+1,5 Д
» 55 »	+2,0 Д
» 60 »	+2,5 Д
» 65 »	+2,75 Д
» 70 »	+3,0—3,5 Д

Таким образом, 45-летнему гиперметропу, имеющему вдаль $+2,0$ Д, необходимы для занятий стекла $+3,0$ ($2,0 + 1,0$); 60-летнему миопу в $1,0$ Д надо дать $+1,5$ ($2,5 - 1,0$). Опытным путем, предлагая больному читать и учитывая его показания, а также особенности профессии, глазной врач вносит коррективы в вычисления, сделанные по схеме Ландольта.

По мере усиления пресбиопии каждые 2—3 года приходится производить замену стекол для работы более сильными. Для пресбиопов с аномалиями рефракции, вынужденных постоянно носить стекла, большие удобства представляют двухфокусные стекла, устраняющие необходимость смены очков при переводе взгляда из дали на рабочее место, так называемые бифокальные очки.

Необходимо иметь в виду, что всякое ухудшение зрения пожилые пациенты стремятся отнести за счет изменения рефракции и просят «лучше подобрать очки». Между тем гораздо чаще причины этого ухудшения имеют другую природу (начинающиеся катаракты, изменения в сетчатке). Попытки уточнить коррекцию в этих случаях не приводят к успеху. Поэтому офтальмолог предлагает такому пациенту лечить основное заболевание глаз.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Лечение больных пожилого возраста с заболеваниями органа зрения проводится по общим принципам с учетом возрастных особенностей. В основном эти особенности заключаются в том, что чувствительность организма к нервным воздействиям при этом снижается, а к химическим влияниям — повышается. Большое место в лечении больных старческого возраста занимают биологически активные средства, которые оказывают стимулирующее действие, ведут к нормализации обменных процессов, тонизируют нервную систему, повышают ее трофику. Эти средства условно называют гериатрическими.

Особое место среди разнообразных

веществ, увеличивающих продолжительность жизни, занимают витаминные препараты. Создание различных комплексных витаминных препаратов открывает возможности для лечения и профилактики многих глазных заболеваний. В последние годы целый ряд витаминных препаратов (лонгевит, декамеvit, геротон, ундевит и т. д.) получил широкое распространение в гериатрической глазной практике.

Благоприятный эффект витаминотерапии на процессы заболевания, старения органа зрения объясняется, вероятно, как нормализацией в тканях стареющего организма количества витаминов (заместительный эффект), так и стимуляцией компенсаторных возможностей организма в этот возрастной период.

Ученые считают, что витамины усиливают активность различных методов лечения, устраняют или смягчают побочное действие различных лечебных препаратов. У пожилых и старых людей потребность в витаминных препаратах значительно больше, чем у молодых. В связи с понижением жизнедеятельности клеток и тканей организма в старческом возрасте необходимо большое количество ферментов, а вследствие этого и витаминов. В значительной мере это касается витаминов группы В. Особенно большую роль офтальмологи придают витамину В₂. Витамин В₂ (рибофлавин) влияет на все виды обмена веществ. В частности, он участвует в обмене веществ роговицы, хрусталика. При его недостаточном поступлении в организм у человека расстраивается сумеречное зрение, нарушается адаптация к темноте, возникает ретробульбарный неврит — воспаление ствола зрительного нерва, расположенного за глазным яблоком. Витамин В₂ широко используют в лечении многих глазных заболеваний: катаракты, болезней сетчатки, зрительного нерва и др.

Широко применяется при лечении многих глазных заболеваний витамин С. Он играет важную роль в регулировании окислительно-восстановительных процессов, углеводном обмене, обеспечивает нормальную проницаемость капилляров.

Применяют офтальмологи и вита-

мин Р. К этому витамину относят биологически активные вещества (в частности, рутин), предотвращающие повышенную проницаемость стенок кровеносных сосудов и их хрупкость. Препараты витамина Р врачи назначают внутрь, часто в сочетании с аскорбиновой кислотой при заболеваниях глаз, связанных с повышенной проницаемостью кровеносных сосудов сетчатки, дегенерациях сетчатки, кровоизлияниях в нее и др.

При различных заболеваниях глаз, в том числе при пигментной дегенерации сетчатки, применяют концентрат витамина А внутрь.

Широкое применение в офтальмогериатрии получили сочетания витаминов, действия которых взаимосвязаны.

В старческом возрасте находит применение ряд биологически активных веществ, способствующих развитию процессов адаптации — приспособления (адаптогены). При повторном введении в организм эти вещества поддерживают в нем состояние специфической повышенной сопротивляемости. К адаптогенам относят препараты из корня женьшеня, элеутерококка колючего, а также дибазол в малой дозировке. Однако при использовании указанных выше средств для лечения пожилых и старых больных необходим индивидуальный подход.

В настоящее время в клинической офтальмологии для лечения сосудистых заболеваний глаз у пожилых людей нашел широкое применение ряд препаратов

антисклеротического действия, так называемых церебральных вазодилаторов. Эти препараты впервые были использованы именно в гериатрической практике. К ним относятся продектин и его аналоги, ангинин, вазоверин, цикловен, стугерон, трентал, компламин.

Указанные средства расширяют сосуды мозга, сосуды сетчатки. Они имеют ряд показаний и противопоказаний. Поэтому применение их для лечения сосудистых заболеваний глаз, как и всех лекарственных веществ, должно быть только по предписанию глазного врача.

Офтальмологам приходится считаться и с тем, что присущая старости замедленная функция почек способствует кумулированию даже тех лекарственных препаратов, которым в других условиях это никак не свойственно. Имеются четкие высказывания геронтологов о том, что лекарственная терапия в пожилом возрасте должна проводиться меньшими дозами, чем при тех же заболеваниях пациентам средних лет.

Совершенно безопасные у молодых людей некоторые физиопроцедуры глаз у людей пожилого возраста, особенно при сосудистых заболеваниях, могут вызвать внутриглазные кровоизлияния.

Люди пожилого и старческого возраста нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении и лечении у окулиста, терапевта и врачей других специальностей. Это помогает им длительно сохранить зрение и трудоспособность.

Алла Ильинична ТАРТАКОВСКАЯ

РЕКОМЕНДАЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГА

Главный отраслевой редактор А. Нелюбов

Редактор Б. Самарин

Мл. редактор Л. Щербакова

Худож. редактор М. Гусева

Техн. редактор А. Красавина

Корректор Л. Иванова

ИБ № 7981

Сдано в набор 11.03.86. Подписано к печати 05.03.86. А 00331, Формат бумаги 70×100¹/₁₆. Бумага кн/журнальная. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,45. Уч.-изд. л. 4,57. Тираж 1 301 830 экз. Заказ 746. Цена 15 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 866306.

Ордена Трудового Красного Знамени
Чеховский полиграфический комбинат ВО «Союзполиграфпром»
Государственного комитета СССР
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
142300, г. Чехов Московской области

15 ко.

Индекс 70063



Тартаковская Алла Ильична — доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Московского ордена Трудового Красного Знамени НИИ глазных болезней имени Гельмгольца. Автор более 100 научных работ по различным вопросам клинической офтальмологии. Последние годы ее интересуют проблемы сосудистой патологии органа зрения. Ранее в издательстве «Знание» выходили ее брошюры «Некоторые формы сосудистой патологии органа зрения» и «Наше зрение». А. И. Тартаковская является членом бюро секции пропаганды медицинских знаний при Правлении Всесоюзного общества «Знание».

НАРОДНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ



ФАКУЛЬТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

1986/7

Д. Н. Вайсфельд

МИГРЕНЬ: предупреждение



УЧЕНЫЕ-МЕДИКИ
О ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ МИГРЕНИ
НА ПРИЕМЕ У НЕВРОПАТОЛОГА



ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

7' 86

Д. Н. Вайсфельд

**МИГРЕНЬ:
предупреждение**

СОДЕРЖАНИЕ

Понятие о мигрени (начало)	3
Мозг (строение, кровообращение, химические процессы) и мигрень	9
Понятие о мигрени (продолжение)	21
Беседа за круглым столом (об одном несо- стоявшемся, но возможном обсуждении)	27
Профилактика и лечение мигрени	34
Заключение	46
Приложение. Встреча в кабинете вра- ча	47

Москва 1986

ББК 56.12
В14

Автор: ВАЙСФЕЛЬД Д. Н.— кандидат медицинских наук.

Рецензент: Бахур В. Т.— доктор медицинских наук

Вайсфельд Д. Н.

В14 Мигрень: предупреждение.— М.: Знание, 1986,—
48 с.— (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 7).
15 к.

Когда у человека периодически возникают приступы болей в половине головы, то говорят, что он болен мигренью. А каковы причины возникновения мигрени, механизмы ее развития? Можно ли предупредить мигрень? Избавиться от этой болезни? На эти и другие вопросы с позиций современной неврологии отвечает автор брошюры. Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

Редактор Б. В. САМАРИН

4124030700

ББК 56.12

©Издательство «Знание», 1986 г.

Мигрень — это заболевание, которое известно человеку с древних времен. Отдельные упоминания о периодических головных болях, весьма напоминающих по своему описанию мигрень, имеются в письменах времен шумерской цивилизации (3000 лет до нашей эры), в трудах Гиппократов, известного врача древности Цельса (I век до нашей эры) и других.

Наиболее полно и всесторонне описал мигрень греческий врач, живущий в Малой Азии, Аретей Каппадокийский (I век нашей эры). В своей книге «Об острых и хронических заболеваниях» он дал этой болезни название «гетерокrania» («иная голова»), которое другой известный врач древности Гален (II век нашей эры) заменил термином «гемикrania». Этим названием Гален подчеркнул одну из самых характерных клинических черт мигрени — локализацию болевых ощущений в половине головы (слово «геми» по-латыни означает половину, а «краниум» — череп).

Древняя медицина узнала и рассказала человечеству о мигрени многое.

Греческие врачи среди причин, вызывающих мигрень, упоминали употребление вина, сильные внешние раздражители — яркий свет, резкий запах, шум, различные пищевые продукты и т. д. Постепенно начала вырисовываться связь болезни и нарушений отправления внутренних органов, в первую очередь желудочно-кишечного тракта, половых желез и др.

Уже в IV веке нашей эры врачи начали отличать головную боль при мигрени от головных болей другого происхождения, то есть стали подчеркивать специфический характер мигренозной боли, выделять мигрень как самостоятельную болезнь.

Пожалуй, с этого времени и началась дискуссия, которая и до сего дня окончательно не завершена. И сегодня, спустя 16 столетий, ряд исследователей утверждает, что мигрень — это не самостоятельная болезнь.

Сторонники такого взгляда рассматривают мигрень только как симптом (признак), который может быть обусловлен различными болезнями.

Действительно, причин, вызывающих мигрень, много (мы поговорим о них ниже подробнее). Но когда формирование ответной реакции организма на различные болезнетворные причинные факторы строится по одной и той же схеме, включает в себя прежде всего изменения сосудистого обеспечения мозга и его оболочек, проявляется одинаковыми клиническими признаками, то это позволяет утверждать нозологическую самостоятельность мигрени, то есть рассматривать ее как специфическое, отличное от других, заболевание.

В средние века мало что внесли в разработку научных представлений о мигрени, однако уже в XVII веке швейцарские врачи высказали предположение о связи мигрени с расширением мозговых сосудов. Тогда были описаны различные клинические формы мигрени, при которых головные боли сочетались со зрительными нарушениями («глазная мигрень»), преходящими нарушениями движений в противоположной головной боли половине тела (так называемая «гемиплегическая мигрень») и т. д.

Впервые связь приступов мигрени с менструальным циклом у женщин описал голландский врач Ван-дер-Линден. Отсюда сформировалось понятие о «менструальной мигрени».

В начале XVIII столетия в качестве причины, вызывающей мигрень, было названо одно из самых любимых лакомств — шоколад.

В 1873 году выходит книга Эдварда Ливинга «О мигренозных головных болях и других сходных заболеваниях», которая до сих пор считается одним из самых обстоятельных трудов, посвященных клиническим отличиям мигрени от головных болей другого происхождения.

С учением о мигрени связаны имена виднейших невропатологов прошлого и начала нынешнего столетия, в том числе

и отечественных — С. Н. Давиденкова, Г. И. Маркелова, И. И. Русецкого и др. В их трудах описаны многочисленные и разнообразные клинические проявления заболевания.

Нынешний век, особенно с его середины, — это этап изучения механизмов возникновения мигрени патофизиологами, биохимиками, иммунологами, генетиками, этап поиска методов профилактики и лечения болезни.

Проблема мигрени до сих пор с повестки дня не снята. Ею продолжают все больше интересоваться ученые во многих странах мира. Во многом это связано с распространением и частотой заболевания. Специалисты утверждают, что мигренью болеет от 3 до 10 % всех людей на Земле. У женщин она встречается чаще, чем у мужчин.

Врачи-невропатологи обращают внимание на то, что из тех, кто страдает мигренью, за врачебной помощью обращается только незначительная часть (примерно 25 %). Остальные предпочитают оставаться «один на один» с болезнью, опытным путем «выходят» на профилактику ее приступов, сами занимаются подбором оптимально действующих фармакологических препаратов и других методов лечебного воздействия. Вот это обстоятельство и создает иллюзию относительной редкости заболевания.

Примерно каждый второй страдающий мигренью заявляет врачу, что заболел в период полового созревания. Вообще же начало мигрени, как правило, относят к возрасту до 30 лет; в более поздние годы ее дебюты регистрируются значительно реже.

Уже давно было отмечено, что заметную роль в происхождении заболевания играет наследственность. Интересные данные привел польский исследователь Е. Флатау: он показал, что у мужчин, болеющих мигренью, матери болели этим заболеванием примерно в четыре раза чаще, чем отцы.

Превалирование наследования мигрени по материнской линии отмечали и другие исследователи. Сегодня некоторые ученые считают, что если один из родителей страдает мигренью, то риск заболевания у ребенка составляет 44 %, а если оба родителя больны, то мигрень

грозит их потомству в 70 % случаев!

Большинство ученых, характеризуя заболевание, подчеркивают преходящий, полностью обратимый характер мигренозных приступов. Последние, как правило, не оставляют после себя видимых осложнений, непосредственно не угрожают жизни человека. Вне приступов больной ощущает себя совершенно здоровым.

Многие из выдающихся общественных деятелей, ученых, художников, артистов страдали мигренью. Среди них император Древнего Рима Кай Юлий Цезарь, писатели и поэты Эдгар По, Генрих Гейне, Мопассан, композиторы Вагнер, Шопен, Чайковский, ученые Линней, Дарвин, Фрейд и многие, многие другие. Жизнь этих людей — наглядное свидетельство творческих и трудовых возможностей больных мигренью.

Между тем все, кто болеет мигренью, и те, кому доводилось наблюдать больного во время приступа, не могут не признать, что эта вроде бы безобидная болезнь приносит людям много страданий. Если мигренозные приступы часты, то жизнь утрачивает свое повседневное благополучие, а порой становится невыносимой. При этом у больного резко понижается социальная и трудовая активность, затрудняется общение с окружающими на производстве, в семье, школе и т. д.

Крупнейший советский невропатолог С. Н. Давиденков рассчитал, что если больной страдает мигренозным приступом только два раза в месяц, то в наиболее творческом, активном возрасте — между 15 и 45 годами — он теряет из своей жизни целых два года! Но ведь у значительного числа людей приступы мигрени бывают чаще чем два раза в месяц! Нетрудно себе представить, в какую цепь мучительных ощущений превращается их жизнь.

Поэтому не удивительно, что изучению причин возникновения мигрени, поиску наиболее эффективных методов ее лечения и профилактики современная неврологическая наука уделяет большое внимание. Некоторые ученые говорят о появлении специальной ветви неврологической науки — мигренологии.

В СССР Институт неврологии АМН СССР активно занимается пробле-

мой сосудистых заболеваний мозга, объединяя усилия многих научных коллективов нашей страны. Советские ученые добились впечатляющих успехов в вопросах расшифровки механизмов возникновения мигрени, ее профилактики и лечения.

Как же определить понятие «мигрень»?

Сначала приведем несколько характерных признаков заболевания, которые исстари были известны врачам и не потеряли своего значения и сегодня.

Мигрень — это прежде всего головная боль. Чаще всего она распространяется на половину головы (глазнично-лобная область), хотя иногда охватывает и обе половины. Порой приступ начинается с одной половины головы, а затем распространяется на другую.

Для головной боли при мигрени характерна приступообразность, периодичность. Приступ может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток. Светлые промежутки между приступами подчас составляют дни, порой недели и месяцы, а иногда и годы.

Интенсивность головной боли также бывает разной — от неприятной ломоты в висках до боли; столь интенсивной по своим ощущениям, что больной мечется, не находит себе места, стонет. Головная боль может быть единственным признаком мигрени. Но это бывает редко.

Чаще всего обычный мигренозный приступ — простая мигрень — состоит из двух фаз. Первая — фаза так называемых продромальных явлений, когда понижается работоспособность, ухудшается настроение, появляется безразличие ко всему окружающему. Нередко отмечается сонливость, зевота, тошнота. Продолжается фаза, как правило, несколько часов. Вторая фаза — возникновение головной боли. Головная боль при мигрени чаще всего сопровождается снижением аппетита, тошнотой, рвотой.

В зависимости от фазы приступа меняется окраска лица — вначале оно бледнеет (что соответствует спазму сосудов, уменьшению притока крови к кожным покровам лица), затем багровеет (происходит расширение сосудов кожи и их избыточное кровенаполнение).

Как правило, мигренозный приступ сопровождается снижением порога воз-

будимости органов чувств человека, особенно слуха и зрения. Так, незначительный стук, речь обычной громкости, привычный свет электрической лампочки становятся совершенно непереносимыми. Иногда резко обостряется чувство восприятия запаха.

Любое прикосновение к телу может стать нестерпимым. Каждый удар пульса, который ощущается в голове, по выражению некоторых больных, «бьет молотом». У некоторых больных на высоте приступа начинается озноб, повышается температура тела.

Вот почему во время приступа больной старается уйти от всех, лечь в постель, туго перевязать голову, затемнить помещение, закрыть уши подушкой, выпить теплый чай и укутаться одеялом.

У некоторых больных мигренозный приступ сопровождается частым и обильным мочеиспусканием — выделяется до пяти-шести литров бесцветной мочи — так называемая полиурия («поли» — много, а «урия» происходит от латинского слова «урина» — моча). А может быть олигоурия («олиго» — мало), когда выделение мочи резко ограничивается, она приобретает насыщенный желто-красный цвет.

Характерным для приступа мигрени является его стереотипность или, как говорят, «модельность» для каждого больного. Он, как правило, повторяется в однотипном для одного и того же больного клиническом варианте.

Наряду с вышеописанными двухфазными приступами простой мигрени различают трехфазные и даже четырехфазные приступы так называемой ассоциированной мигрени. В таком случае фаза предвестников и фаза головной боли ассоциируется (сочетается) с фазой местных мозговых симптомов, которая, как правило, вклинивается между ними.

Следовательно, приступ ассоциированной мигрени может формироваться из трех фаз: фазы предвестников, фазы локальных (местных) изменений в мозге и фазы головной боли. Некоторые ученые выделяют из третьей фазы подфазу «затухания боли», другие из ассоциированной мигрени — так называемую глазную, офтальмическую.

Основанием для этого выделения является то обстоятельство, что при ассо-

ассоциированной мигрени нарушается кровообращение непосредственно в той части мозга, которая управляет пострадавшей во время приступа функцией (в том числе зрительной); в то время как при глазной мигрени кровообращение нарушается еще и на периферии — в сетчатке глаза.

Чаще всего приступы мигрени начинаются в утренние часы, реже днем, еще реже к вечеру.

Рассмотрим клинические проявления приступов ассоциированной мигрени подробнее.

При офтальмической (глазной) мигрени в фазе местных симптомов появляются так называемые скотомы — выпадения участков полей зрения. Больной перестает видеть часть обычного для него окружающего мира, появляется как бы пустота, «черная дыра», иногда облачко, мешающее видеть предметы. У некоторых больных выпадает половина поля зрения; в этих случаях они видят предмет как бы рассеченным либо по вертикали, либо по горизонтали, то левую часть предмета, то правую.

Если больной читает что-либо, смотрит на какую-то картину, то часть фразы или слова, участок картины становятся невидимыми, иногда как бы стертыми (рис. 1).

Значительно чаще мигрени сопутствует так называемая мерцательная скотома (рис. 2). Она видится больным как ломаная линия (иногда эта линия причудливо напоминает зубцы крепостной стены), подвижная, мерцающая, вибрирующая и т. п. Как правило, мерцающая скотома начинается в строго определенном месте, характерном для каждого больного. Там появляется точка, которая все время пульсирует, то расширяясь, то сужаясь. Из нее формируется ломаная мерцающая линия. Иногда скотомы описываются больными в виде неправильной формы пятен, которые «летают перед глазами».

Встречаются при мигрени и другие формы зрительных нарушений. Так, у детей часто во время мигренозного приступа возникает зрительная иллюзия, при которой все люди, вещи, предметы кажутся удлиненными. Этот клинический признак называют «синдромом Алисы», поскольку подобного рода явление описано в популярной детской книге. Кэрролла



Рис. 1. Слева зрительное восприятие пейзажа в норме, справа — выпадение половины полей зрения во время мигренозного приступа

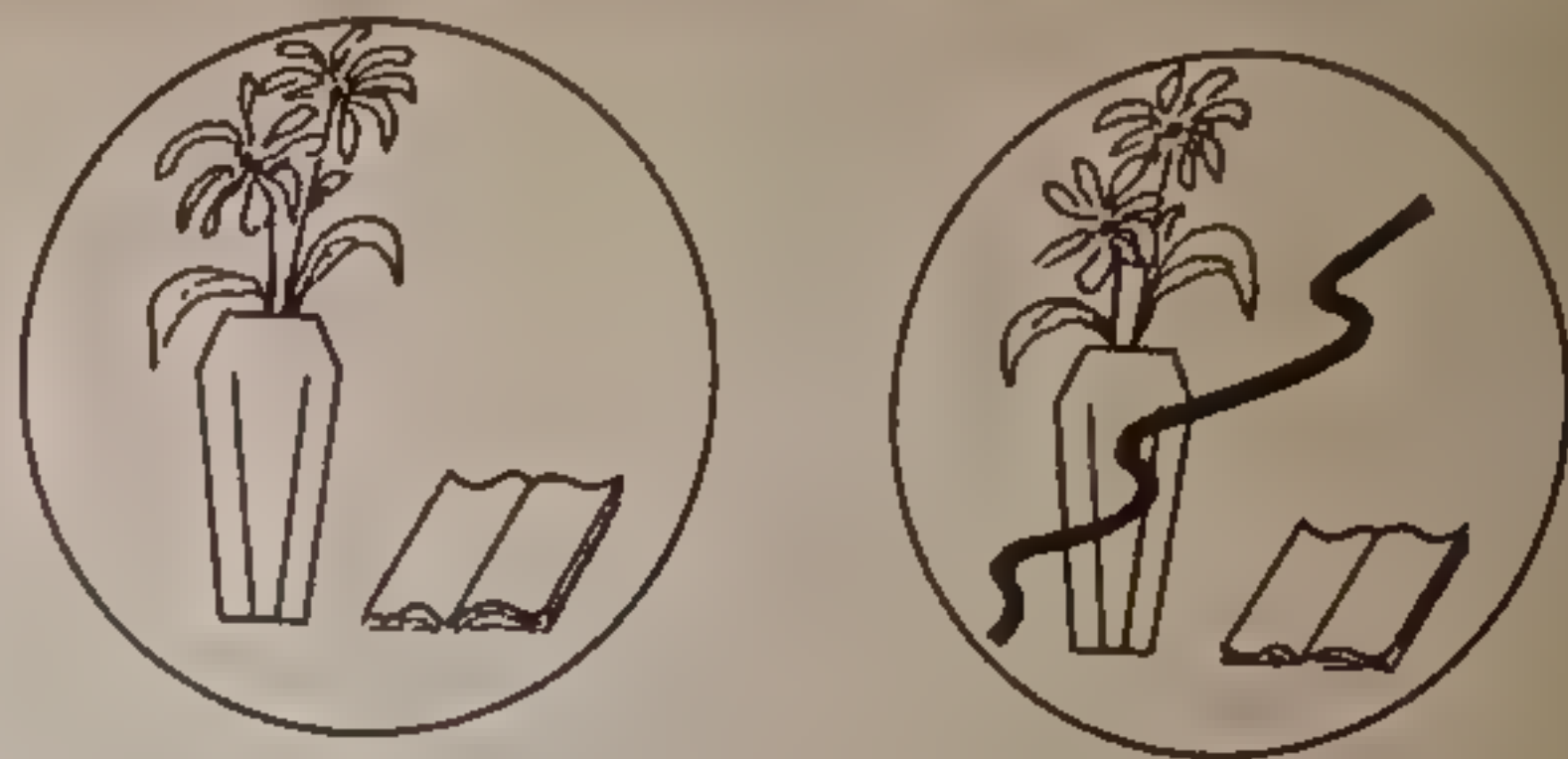


Рис. 2. Слева — зрительное восприятие в норме, справа — мерцательная скотома во время мигренозного приступа

«Алиса в стране чудес». Бывают и другие зрительные иллюзии (уменьшение предметов, изменение их цвета и т. д.).

Следует подчеркнуть, что все упомянутые выше зрительные нарушения, во-первых, касаются обоих глаз, во-вторых, носят временный, преходящий характер. Они продолжаются, как правило, не более 20—30 минут.

Наряду с глазной мигренью встречаются и различные другие варианты ассоциированной мигрени. При всех этих формах наряду с головными болями выявляются временные нарушения мозговой деятельности, связанные с местными (или, как говорят невропатологи, очаговыми) изменениями в различных структурах мозга, возникающими в период мигренозного приступа.

Так, в прошлом веке известный французский невропатолог Ж. Шарко описал случаи мигрени, сопровождающиеся развитием временного паралича руки и ноги на стороне тела, противоположной головной боли — так называемая гемиплегическая форма («геми» — половина, «плегия» — паралич).

Иногда на стороне тела, противоположной головной боли, развиваются не параличи, а различного рода ненормальные ощущения в виде полного выключе-

ния чувствительности к боли, чувства ползания мурашек и т. п.

В таком случае онемение или другое необычное ощущение у больного возникает сначала в углу рта и руке либо в половине языка и в пальцах руки и быстро распространяется на всю половину тела. Держатся эти ощущения недолго — до 15—20 минут и проходят бесследно. Указанная форма называется мигренью с парестезиями (парестезии — неправильные ощущения).

К ассоциированным мигреням относят также случаи, когда во время приступа появляются преходящие нарушения речи — больные не в состоянии выговорить различные слова, назвать некоторые предметы или понять смысл обращенных к ним слов. Такое состояние может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, оно предшествует головной боли и затем полностью исчезает.

Выделяют также следующие формы мигрени:

офтальмоплегическая (сопровождается опущением века на стороне головной боли и резким ограничением движения соответствующего глазного яблока, вплоть до полной неподвижности);

вестибулярная (приступу предшествует головокружение, иногда с преходящими нарушениями слуха);

мозжечковая (до приступа боли нарушается походка, теряется равновесие, больной не может целенаправленно достичь какого-либо предмета — его рука как бы «промахивается» при этом и т. д.);

мигрень с гиперкинезами (приступу головной боли сопутствуют произвольные движения — в виде подергиваний различных групп мышц рук, ног, лицевой мускулатуры);

мигрень с преходящим параличом лицевого нерва (на стороне поражения невозможно закрыть глаз, надуть щеку, наморщить лоб и т. п.);

лицевая мигрень (описана советским исследователем Л. Г. Ерохиной — боль охватывает нижнюю часть лица, подбородок, половину носа, небо, ухо и шею);

психическая мигрень (приступ головной боли сопровождается преходящими психическими нарушениями в виде нарушения сознания, возбуждения, чувства страха, галлюцинаций).

Указанные клинические формы мигрени встречаются редко. Как правило, им предшествуют приступы либо простой, либо офтальмической мигрени. Больной, у которого обнаружена одна из этих форм, нуждается в самом тщательном обследовании, так как их появление свидетельствует о вовлечении в болезненный процесс различных структур мозга (мозжечка, вестибулярного аппарата, зоны, управляющей движением или чувствительностью, и др.), которые могут поражаться в связи с другим заболеванием и только маскироваться мигренозными приступами.

Иногда приступам мигрени предшествуют либо сочетаются с ними приступы боли в животе, которые сопровождаются выраженными общими вегетативно-сосудистыми реакциями — побледнением, изменениями ритма пульса, похолоданием рук, ног, тошнотой, рвотой.

Приступ продолжается несколько часов (иногда день) и заканчивается энергичным сокращением гладких мышц кишечника. Такое сочетание приступа болей в голове и в животе носит название «**брюшной мигрени**». Ее связывают с вовлечением в процесс особого нервного образования — солнечного сплетения.

С мигренозным приступом могут сочетаться и боли в области сердца, учащение сердцебиения, чувства страха — в этих случаях говорят о **сердечной** (либо коронарной) мигрени.

И наконец, бывает «**мигрень без головных болей**». Когда используют столь парадоксальный и кажущийся противоречивым термин, имеют в виду мигрень, при которой разворачиваются только две из трех, либо четырех фаз приступа — фазы предвестников и локальных (местных) изменений. Чаще всего они проявляются зрительными нарушениями, хотя в принципе эта «обезглавленная мигрень» встречается относительно редко.

Завершая краткую характеристику описания мигренозного приступа, хотелось бы подчеркнуть, что многие детали стали известны науке благодаря самонаблюдениям врачей. Многие из них дали весьма детальное описание приступов потому, что сами их испытывали.

Например, врач Шарль Ленуа (XVI век), страдавший мигренью с юных лет, первый обратил внимание на связь воз-

никновения приступа с переменной погодой. Врач Шарль Писсо (XVII век) отметил, что после мигренозного приступа его всегда клонило ко сну.

Известный советский невропатолог А. М. Гринштейн на основе самонаблюдения достаточно полно описал, предвестники мигрени двоякого рода — зрительные и в области общей чувствительности. Первые проявлялись в том, что все предметы, которые А. М. Гринштейн обычно видел совершенно ясно, во время приступа приобретали абсолютно измененный вид, после чего наступали явления мерцательной слепоты.

Предвестники в сфере общих нарушений чувствительности проявлялись необычными ощущениями в пальцах одной руки — будто бы пальцы резко увеличивались — это ощущение распространялось затем на всю руку, верхнюю часть туловища и половину лица и языка.

Чувство прикосновения к коже в упомянутой выше зоне измененной чувствительности было полностью утрачено, а боль, тепло либо холод едва воспринимались, причем строго указать место нанесения боли было невозможно, она ощущалась диффузно. Самонаблюдения А. М. Гринштейна помогли существенно дополнить имевшиеся представления о предвестниках мигрени.

Художественное описание приступа мигрени оставил нам писатель и врач М. Булгаков в романе «Мастер и Маргарита». Среди героев этого романа типичной мигренью страдал наместник Рима в Древней Иудее — Понтий Пилат. Мы приведем несколько отрывков из этого произведения, ибо они, как нам кажется, хорошо характеризуют состояние человека в мигренозном приступе.

«Более всего на свете прокуратор ненавидел запах розового масла. И все теперь предвещало нехороший день, так как запах этот начал преследовать прокуратора с рассвета.

Прокуратору казалось, что розовый запах источают кипарисы и пальмы в саду, что к запаху кожи и конвоя примешивается проклятая розовая струя. От флигелей в тылу дворца, где располагалась первая когорта Двенадцатого Молниеносного легиона, заносило дымком в колоннаду через верхнюю площадку сада, и к горьковатому дыму, свидетель-

ствовавшему о том, что кашевары в кентуриях начали готовить обед, примешивался все тот же жирный розовый дух... «Да, нет сомнений! Это она, опять она непобедимая, ужасная болезнь гемикрания, при которой болит полголовы. От нее нет средств, нет никакого спасения. Попробую не двигать головой».

На мозаичном полу у фонтана уже было приготовлено кресло, и прокуратор, не глядя ни на кого, сел в него... Прокуратор... сидел как каменный, и только губы его шевелились чуть-чуть при произнесении слов. Прокуратор был как каменный, потому что боялся качнуть пылающей адской болью головой.

...Полное молчание настало в колоннаде, и слышно было, как ворковали голуби на площадке сада у балкона, да еще вода пела замысловатую песню в фонтане. Прокуратору захотелось подняться, подставить висок под струю и так замереть. Но он знал, что и это ему не поможет».

В это время к прокуратору привели задержанного для допроса, и... «вспухшее веко приподнялось, подпернутый дымкой страдания глаз уставился на арестованного...».

У страдающего Понтия Пилата появилось желание «...изгнать конвой, уйти из колоннады внутрь дворца, велеть затемнить комнату, повалиться на ложе, потребовать холодной воды, жалобным голосом позвать собаку Банга, пожаловаться ей на гемикранию».

Наблюдательный врач М. Булгаков, описывая мигрень у своего литературного героя, привлёк внимание читателя к некоторым достаточно типичным чертам мигренозного приступа.

Так, в качестве предвестника мигрени он указал на постоянно преследующий больного навязчивый запах розового масла. Им описан характерный для мигренозных больных жгучий оттенок болевого ощущения в голове.

Подчеркнуто стремление больного мигренью во время приступа искать покой и уединение; обращено внимание, что влажный холод, приложенный к месту боли в голове, умеряет интенсивность болевого ощущения, становящегося иногда совершенно нестерпимым.

Описаны изменения и искажения зрительного и слухового восприятия, изме-

ненное сознание человека на высоте мигренозного приступа, которые фактически выключают его из реальной обстановки.

Сказано, что приступ мигрени может сопровождаться появлением «нестерпимой тоски» — ничем не объясненного пониженного настроения.

Врачам хорошо известно, что хроническая болезнь (а именно таковой и являются частые мигренозные приступы) накладывает свой отпечаток и на личность больного человека, во многом определяя его поступки и поведение.

Сейчас мы на время отвлечемся от основной нити рассказа, обратившись к анатомии и физиологии мозга, без чего, на наш взгляд, трудно продолжать дальнейшее изложение материала.

МОЗГ (СТРОЕНИЕ, КРОВООБРАЩЕНИЕ, ХИМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ) И МИГРЕНЬ

Представления о механизмах происхождения мигренозного приступа изменились на протяжении веков; они, естественно, расширялись и углублялись по мере развития медицинских и других естественнонаучных знаний.

Давно стало ясно, что эта болезнь связана с изменениями в мозге. Врачам помогло установить этот факт основное проявление болезни — головная боль.

Дальнейшие клинические наблюдения уже в XVII веке позволили предположить, что в основе головной боли при мигрени лежат изменения кровоснабжения мозга. Об этом свидетельствовали «пульсирующий» характер боли, бледность кожи лица либо, напротив, ее покраснение во время приступа. Таким образом, была сформулирована теория, которая объясняла происхождение мигрени болезненными изменениями внутричерепных сосудов. Эта теория не потеряла своего значения и сегодня.

Для того чтобы четко представить себе, что такое мигрень, нужно знать хотя бы основные данные о строении мозга, его кровообращении, о некоторых химических процессах, лежащих в основе деятельности нервной системы человека, в том числе и о тех, которые формируют ощущение боли.



Рис. 3. Схема строения мозга: 1 — спинной мозг; 2 — задний мозг; 3 — средний мозг; 4—5 — промежуточный мозг; 6—7 — передний мозг

Расскажем об этом в основных чертах.

Головной мозг человека состоит из нескольких отделов. Прежде всего это так называемый задний мозг, в состав которого входят продолговатый мозг, варолиев мост и мозжечок; затем — средний мозг (мозговые ножки и четверохолмие). Задний и средний мозг вместе составляют ствол мозга (рис. 3).

Мозговой ствол — это «вместилище» центров управления такими жизненно важными для организма функциями, как дыхание, кровообращение, пищеварение и т. д. Он же является тем нервным образованием, которое ответственно за преодоление человеком земного притяжения. Именно антигравитационные механизмы ствола мозга определяют возможность вертикального положения человека, его способность удерживать позу и равновесие.

Далее следуют структуры, объединяемые понятием «промежуточный мозг». Сюда входят зрительные бугры (таламус), подбугорная область (эпиталамус), забугорная область (метаталамус) и подбугорная область (гипоталамус). Промежуточный мозг обеспечивает постоянство внутренней среды организма, которое носит название гомеостаза.

Относящаяся к гомеостазу способность сохранять температуру тела, частоту пульса и дыхания, напряжение кислорода в крови и ряд других функций организма в пределах, обеспечивающих оптимальный обмен веществ, регулировать взаимосвязь между деятельностью различных органов, осуществляется вегетативным отделом нервной системы.

Центры, управляющие вегетативной нервной системой, представлены в основ-

ном в подбугорной области. Зрительные бугры являются структурами, которые участвуют в формировании чувствительности организма к самым различным раздражителям и во многом определяют восприятие ощущения боли.

Наиболее молодым в эволюционном плане является передний отдел мозга, который формируется из крупных подкорковых ядер и коры больших полушарий. В коре каждого полушария различают доли: лобную, теменную, височную и затылочную, поверхность которых испещрена глубокими бороздами и извилинами.

Кора головного мозга, занимая ответственное и высокое положение в сложной иерархии мозговых структур, с одной стороны, связана нервными путями со всеми нижележащими отделами нервной системы, а при их посредстве — с каждой клеточкой живого организма (связь эта также двусторонняя: кора — клетка и клетка — кора), с другой — с внешним миром.

С помощью коры больших полушарий осуществляется самое оптимальное приспособление организма к изменениям внешней и внутренней среды, обеспечивается высший анализ и синтез падающих на нервную систему раздражителей, регулируются ответные реакции организма на эти раздражители. Кора головного мозга обеспечивает сложнейшие формы высшей нервной деятельности, многообразие поведенческих реакций, осуществляет такие функции, как речь, письмо, чтение, счет, которые характерны только для человека. Благодаря коре мозга человек, например, не только видит и слышит, но и осознает то, что он увидел и услышал, может рассказать об этом.

Для каждого раздражителя (слухового, зрительного, обонятельного, вкусового, болевого и т. д.) в различных зонах коры головного мозга имеется свое представительство, которое великий русский физиолог И. П. Павлов назвал анализатором. Восприятие начинается далеко на периферии (в нервных окончаниях, находящихся в коже, мышцах, суставах, глазах, ушах и т. д.) и заканчивается в коре мозга.

Здесь в представительстве каждого анализатора различают ядро, где проис-

ходит высший анализ и синтез, и периферию, где аналитические и синтетические процессы происходят более элементарно.

Сегодня наука говорит о «функциональной специализации» различных отделов мозга, о «динамической», то есть подвижной, локализации функций в мозге, отвергая абсолютный «локализационизм» (то есть наличие какого-либо участка в мозге, определяющего только одну функцию).

Тем не менее скопление ядер анализаторов позволяет выявить те области мозга, которые в большей степени, чем другие, ответственны за управление той или иной функцией. Так, затылочная зона коры является мозговым концом зрительного анализатора, височная — слухового, обонятельного и вкусового анализаторов. По обе стороны от центральной борозды каждого полушария мозга располагаются специальные чувствительная и двигательная области коры, выключение которых ведет соответственно к выпадению чувствительности и движения.

Левое полушарие у правшей в основном отвечает за мыслительно-интеллектуальные процессы, правое — за художественно-эмоциональные. У левшей — взаимоотношения обратные.

Ученые, изучающие зоны и отделы мозга, убеждаются, что все его структуры тесно связаны между собой и нормально функционируют только в тесной взаимосвязи и взаимозависимости. Так, в последние годы, например, советскими и иностранными исследователями в мозге человека был выделен структурно-функциональный комплекс, состоящий из некоторых отделов промежуточного мозга и прилегающих к ним участков коры. Этот комплекс получил название лимбико-ретикулярного. Здесь осуществляется и обеспечивается взаимосвязь управления деятельностью внутренних органов, эндокринных желез, гомеостазом и эмоциями, рядом поведенческих реакций, настроением, памятью, процессами сна и бодрствования.

Естественно, что эти связи двусторонние: при патологических процессах в мозге меняется деятельность внутренних органов, и наоборот, при заболеваниях внутренних органов меня-

ется функциональное состояние мозга. Как будет показано ниже, эти связи очень важны в понимании происхождения мигрени.

Другой пример: целенаправленность, быстрота, точность и плавность движений обеспечивается сочетанным управлением двигательным актом, которое осуществляется взаимодействием передней центральной извилины коры головного мозга, подкорковых ядер, мозжечка, некоторых других образований мозгового ствола и т. п.

Движение неразрывно связано с представлениями о схеме собственного тела, о соотношении различных его частей в пространстве, об их взаимоотношениях в процессе двигательного акта, что невозможно без нормального функционирования теменной коры.

Говоря о структуре и функции мозга, нельзя не упомянуть и о так называемой ретикулярной формации («ретикулум» в переводе с латыни означает «сеть»; ретикулярная формация — сетевидное образование). Она представляет собой скопление клеток, соединенных большим числом ветвящихся отростков, образующих густую нервную сеть, располагающуюся в мозговом стволе.

Нейрохирурги при операциях на мозге, манипулируя в зоне сетевидного образования, часто наблюдали у своих пациентов выключение сознания, похожее на сон. Это удивляло их, так как даже удаление значительных по размерам других участков мозга на сознании обычно не сказывалось.

В 40-е годы нашего столетия физиологи показали, что если у животных в эксперименте разрушить определенные участки ретикулярной формации, сохранив весь остальной мозг в целости, то у них возникает состояние длительной спячки, при которой пробуждение практически невозможно.

Но если сохранившиеся участки мозга подвергнуть раздражению электрошоком, животное просыпается. Отсюда был сделан вывод о роли ретикулярной формации в обеспечении процессов сна и бодрствования.

Одновременно было показано, что сетевидное образование осуществляет тонизирующее, активирующее воздейст-

вие на клетки коры мозга, почему оно и получило название системы, активирующей мозг. Эта система воспринимает энергию раздражителя (боли, света, тепла и т. д.) и, заряжаясь этой энергией сама, дает энергетическую подзарядку клеткам коры головного мозга. Образно ретикулярную формацию можно сравнить с центральной мозговой электростанцией.

Если обычно чувствительные пути несут в зрительный бугор и от него к клеткам задней мозговой извилины коры мозга специфический болевой импульс, если через зрительный нерв поступает специфическая световая, а через слуховой нерв — специфическая слуховая информация, то стимулы, исходящие из ретикулярной формации, не имеют такой специфичности; они при любом характере раздражителя посылают в кору неспецифический, энергетический импульс, способствуя корковым клеткам воспринимать специфическую информацию.

Таким образом, любое чувствительное раздражение, в том числе и болевое, достигает коры головного мозга двумя путями — специфическим (через пути своего анализатора) и неспецифическим — через сетевидную формацию.

Работами как отечественных, так и зарубежных исследователей установлено, что сетевидная формация «включается» не только в ответ на такие сигналы физического характера, как свет, звук, механический раздражитель и т. д.; она реагирует и на воздействие различного рода химических веществ, которые образуются во внутренней среде организма в процессе жизнедеятельности.

Речь идет об изменении содержания в крови уровня сахара, углекислоты, гормонов, медиаторов (ацетилхолин, адреналин, норадреналин, серотонин, гистамин и др.), о которых мы более подробно расскажем ниже, так как они, по современным представлениям, играют важную роль в развитии мигренозного приступа. Поэтому ученые говорят, что сетевидное образование способствует переводу внутренних потребностей организма в поведение.

Говоря о строении мозга, нельзя не рассказать и об оболочках, его покрывающих, — твердой, паутинной и мяг-

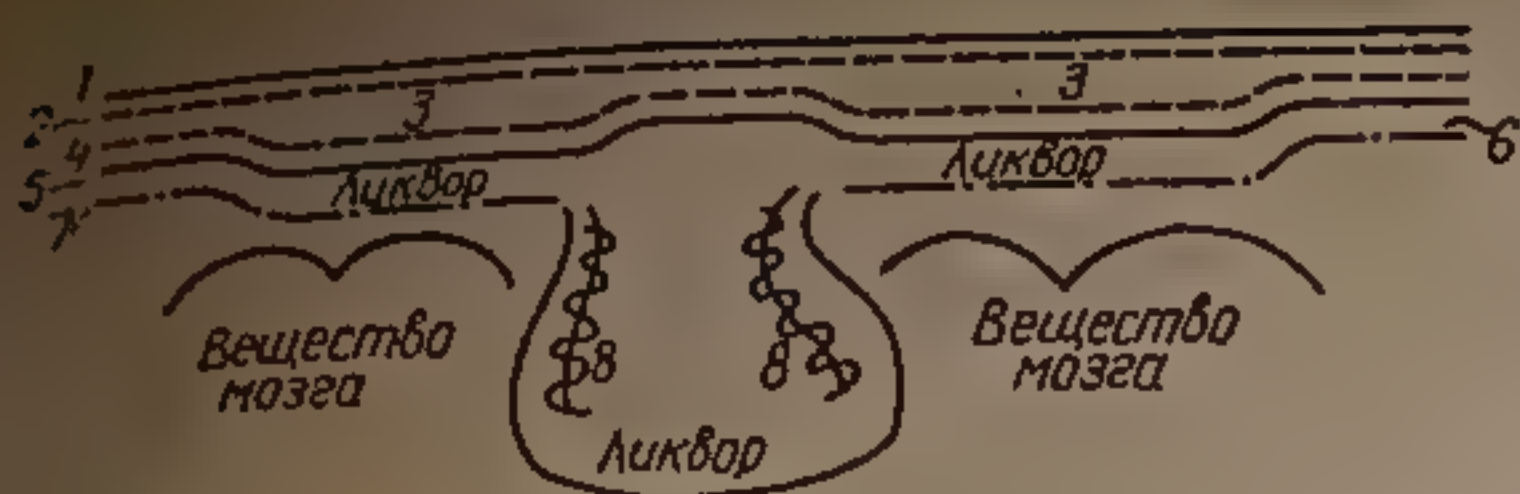


Рис. 4. Схема строения оболочек мозга: 1 — кость черепа; 2 — наружный листок твердой мозговой оболочки; 3 — венозные синусы; 4 — внутренний листок твердой мозговой оболочки; 5 — паутинная оболочка; 6 — подпаутинное пространство; 7 — мягкая оболочка; 8 — сосудистые сплетения в желудочках мозга

кой (рис. 4). Твердая мозговая оболочка состоит из двух листков; наружный плотно прилегает к костям черепа, внутренний — покрывает мозг; в местах их расхождения образуются так называемые синусы (полости) твердой мозговой оболочки. Паутинная оболочка выстилает внутреннюю поверхность твердой мозговой оболочки и тяжами соединена с мягкой мозговой оболочкой, непосредственно покрывающей мозг. Щель между паутинной и мягкой оболочками носит название подпаутинного пространства (иначе — субарахноидального).

В этом пространстве находится спинномозговая жидкость — ликвор. Эта жидкость вырабатывается сосудистыми сплетениями, которые образуются из сосудов мягкой мозговой оболочки и располагаются в полостях, находящихся в глубине мозга и называемых мозговыми желудочками. Через специальные отверстия ликвор подпаутинного пространства сообщается с ликвором мозговых желудочков; он проникает также вдоль сосудов мозга в его толщу, формируя сплошную дренажную сеть.

Какова функция ликвора? Во-первых, окружая мозг снаружи, спинномозговая жидкость в известной мере предохраняет его вещество от сильных толчков и ударов извне. Во-вторых, ликвор компенсирует колебания объема мозга. В-третьих, спинномозговая жидкость обеспечивает нормальное осмотическое давление между различными тканями мозга, чем создает оптимальные условия для обмена веществ в них. В-четвертых, в ликвор выделяются продукты жизнедеятельности мозговой ткани, которые

вместе с ним через систему вен мозга удаляются из полости черепа.

И наконец, в-пятых, ткани, стоящие на границе между кровью внутри сосудов мозга и ликвором, образуют гематоэнцефалитический (крово-мозговой) барьер — могучую крепостную стену, защищающую мозг. Именно здесь, на границе между кровью и ликвором, задерживается проникновение попавших в кровь различных токсических и других вредных для нормальной деятельности мозга веществ, а в ряде случаев и лекарств.

Конечно, то, о чем рассказано выше, имеет место при нормальном состоянии здоровья. При некоторых же болезнях нарушается целостность дренажной сети, меняется нормальная выработка либо отток ликвора. Он образуется в избыточных количествах и скапливается в подпаутинном пространстве и в желудочках мозга, вызывая повышение внутричерепного давления (ликворно-гипертензионный синдром).

В таком случае нарушается и барьерная функция: в мозг попадают продукты жизнедеятельности организма — вредные либо токсичные для мозговой ткани. Ликвор перестает выполнять характерную для него защитную роль — в «крепостной стене пробита брешь».

Повышение ликворного давления ведет не только к отеку тканей мозга, но и к раздражению воспринимающих боль нервных элементов его оболочек и сосудов — возникает «распирающая» головная боль, тошнота, рвота, общее повышение чувствительности всего тела, при котором ранее не воспринимаемые раздражители ощущаются как непереносимые.

Несколько слов о черепных нервах. В головной мозг входит ряд нервов, несущих информацию как о внешней, так и о внутренней среде организма (обонятельный, зрительный, слуховой, некоторые ветви тройничного, блуждающего нервов) и выходит ряд нервов, передающих «команды мозга» на периферию (глазодвигательный, отводящий, лицевой, некоторые ветви тройничного и блуждающего нервов и т. д.). Ряд черепных нервов являются смешанными, выполняя и чувствительную и двигательную функции.

Головной мозг в задних своих отделах переходит в спинной мозг, который находится внутри позвоночного канала. Спинной мозг наряду с чувствительными и двигательными путями и проводниками содержит скопления нервных клеток — так называемые спинномозговые центры, которые на более низком уровне руководства, чем центры головного мозга, ведут чувствительными, двигательными и некоторыми вегетативными функциями.

В свою очередь, спинной мозг связан с периферической нервной системой, которая в виде двигательных, чувствительных, смешанных нервов пронизывает все тело человека.

Одна из важнейших ее составных частей — периферические вегетативные нервные образования — тесно связана с внутренней средой организма; она обеспечивает регуляцию практически всех органов и тканей человека.

Находясь под «командой» центральной нервной системы, периферическая вегетативная нервная система, в свою очередь, как это принято в организации нервной деятельности, по типу «обратной связи», оказывает воздействие и на головной мозг.

Например, периферический нервный вегетативный шейный аппарат — шейные симпатические узлы создают вегетативно-трофическое обеспечение мозга. Они регулируют изменения просвета сосудов мозга и его оболочек, обменные процессы в тканях мозга и т. д.

Периферический отрезок черепного тройничного нерва обеспечивает «сбор» чувствительной информации от тканей лица и головы, мозговых оболочек; в то же время входящие в его состав волокна симпатической нервной системы регулируют функциональное состояние сосудов мозга и его оболочек. В этом нерве, таким образом, содержатся нервные приборы, обеспечивающие восприятие лицевой и головной боли и регулирующие сосуды мозга.

Как же осуществляется кровоснабжение мозга? От сердца артериальная кровь, богатая кислородом, поступает в мозг через две системы; первая из них — это система сонных артерий. Общие сонные артерии идут с двух сторон по боковым поверхностям шеи и где-то около ее середины каждая из них делится на две

большие ветви — внутреннюю и наружную сонные артерии. Внутренняя входит в мозг, где делится на переднюю и среднюю мозговые артерии. Наружная сонная артерия обеспечивает кровоснабжение лица и поверхностных тканей головы.

Вторая система кровоснабжения мозга — это система позвоночных артерий, которые, проходя в мозг через специальные отверстия в позвонках, сливаются на его основании в одну основную артерию. Последняя дает ветви задней мозговой артерии. На основании мозга обе системы кровоснабжения — из внутренних сонных и позвоночных артерий — объединяются артериальным кругом, названным по имени ученого, описавшего его, виллизиевым.

Таким образом, природа создала четыре связанные между собой дороги, подводящие кровь к мозгу, каждая из которых в случае необходимости может подстраховать выход из строя трех других.

В норме от системы позвоночных артерий через основную артерию получают кровоснабжение мозжечок, продолговатый мозг, варолиев мост, средний мозг, затылочная зона коры мозга и нижние отделы височных долей больших полушарий. От системы внутренних сонных артерий питаются лобные и теменные доли, верхние отделы височных долей коры, подкорковые ядра и частично — зрительные бугры.

«Отработанная» в мозге кровь, несущая углекислоту и другие продукты жизнедеятельности мозговой ткани, уходит через мозговые вены. Для обеспечения беспрепятственного ухода венозной крови из полости черепа на ее основных путях в твердой мозговой оболочке имеются венозные синусы (их более 20), защищенные от сдавления специальными жесткими образованиями паутинной оболочки — так называемыми пахионовыми грануляциями.

Обмен между кровью и тканями мозга происходит на том участке сосудистой системы, которая называется капиллярной сетью. Капилляры — это самые мельчайшие сосуды, проникающие к клеткам мозговой ткани. В отличие от капилляров других органов капилляры мозга не способны расширяться и сокращаться. Это находит свое подтверждение в осо-

бенностях их строения: стенка капилляра лишена так называемых сократительных клеток и покрыта снаружи тонким стекловидным слоем эластической оболочки, которая практически нерастяжима.

Если в других органах через стенки капилляров, способных к расширению и сужению, осуществляется переход крупных частиц из крови в ткань, и наоборот (явления транссудации и всасывания), то в капиллярах мозга, неспособных к расширению и сужению, эти процессы не происходят.

Упомянутые функции капилляров в мозге берут на себя прекапиллярные сосуды, на которые распадаются артерии мозга мелкого калибра, и посткапиллярные сосуды, которые собираются в вены.

Именно эти сосудистые образования характеризуются проницаемостью стенок, обеспечивают обмен между кровью и тканями мозга, через них из крови в мозг проходят белые кровяные тельца, выполняющие защитную функцию.

Прекапилляры, капилляры, посткапилляры — это более высоко и надежно организованный комплекс сосудистого обеспечения по сравнению с чисто капиллярным.

И здесь природа позаботилась о дополнительной «страховке» мозга. В самом деле, при предъявлении повышенных требований во время напряженной деятельности капилляр не может одновременно выполнять все три функции: транссудацию, всасывание и газообмен. Всасывание, например, отстает от транссудации — вот к чему приводит «совместительство» функций. В мозге же такого совместительства не бывает: функция транссудации осуществляется в прекапилляре, а всасывания — в посткапилляре.

Тем большее значение в этих условиях приобретает обеспечение синхронного управления функциями, что, в свою очередь, предъявляет определенные требования к регуляции упомянутых сосудов.

Управление ими осуществляется в первую очередь нервной и эндокринной системами. Из нервных элементов в регуляции сосудов головного мозга наибольшее значение придается вегетативной нервной системе, элементы которой представлены практически на всех уровнях

иерархии структур головного мозга и на периферии.

Периферическая вегетативная нервная система подразделяется на симпатический и парасимпатический отделы в виде соответствующих узлов (ганглиев) и сети волокон, пронизывающих буквально все органы и ткани.

Если раньше считали, что симпатическая нервная система обеспечивает «симпатию» между органами, то есть их согласованную деятельность, то сегодня ее функцию определяют как адапционно (приспособительно) — трофическую (питательную), повышающую активность организма; парасимпатическая же система способствует стабилизации функций, то есть восстановлению затрат, связанных с деятельностью.

Так, при возбуждении симпатических нервов ритм сердечных сокращений учащается, сосуды суживаются, повышается артериальное давление, усиливается обмен веществ, повышается уровень питания тканей; утомленные мышцы рук и ног начинают энергичнее работать. В то же время расслабляется мускулатура желудка и кишечника, расширяются сосуды, снабжающие кровью сердце.

При возбуждении парасимпатической нервной системы, напротив, ритм сердечных сокращений замедляется, сосуды расширяются, кровяное давление понижается, понижается и уровень обмена веществ. В то же время усиливается двигательная функция мускулатуры желудка и кишечника, суживаются сосуды, снабжающие кровью сердце.

Бытовавшее раньше представление об антагонизме между симпатической и парасимпатической нервными системами сменилось представлением об едином согласованном действии этих нервных приборов. Если начало одного процесса связано с возбуждением (торможением) симпатических волокон, то конец его обеспечивается возбуждением (торможением) парасимпатических, и наоборот. Что касается регуляции сосудов головного мозга, то существование нервных аппаратов, обеспечивающих как расширение, так и сужение его сосудов, сегодня уже можно считать доказанным.

Раздражение шейного симпатического нерва вызывает спазм сосудов мягкой мозговой оболочки; раздражение на шее

блуждающего нерва, напротив, вызывает резкое расширение сосудов этой же оболочки.

Сосудосуживающие импульсы для сосудов системы внутренней сонной артерии посылает верхний шейный симпатический узел (он связан с I—III сегментами спинного мозга), а для сосудов системы позвоночных артерий — так называемый «звездчатый» симпатический узел, который связан с IV—VII сегментами спинного мозга.

При раздражении различных отделов промежуточного мозга также наблюдаются различные сосудодвигательные эффекты: раздражение верхней части подбугорья вызывает сужение, а раздражение нижней части — расширение сосудов мягкой мозговой оболочки.

Важным для нас является и то обстоятельство, что в стенках артерий и венозных синусов твердой мозговой оболочки заложено большое количество чувствительных, воспринимающих боль нервных окончаний.

Паутинная же оболочка сама по себе их лишена, но крупные сосуды подпаутинного пространства очень богаты болевыми рецепторами, так же как и сосуды мягкой мозговой оболочки. Снабжены чувствительными к боли нервными окончаниями и сосуды ткани мозга. Как писал известный советский невропатолог А. М. Гринштейн, «говоря о болевой чувствительности мозговой ткани, в сущности, подразумевают чувствительность ее сосудов».

Наибольшей способностью давать болевые ощущения при раздражении обладают артерии и вены твердой мозговой оболочки, подпаутинного пространства и крупные сосудистые ветви, идущие в веществе мозга. Чем меньше сосуды мозга, чем они тоньше, тем слабее их раздражение вызывает ощущение боли. Раздражение мелких (как поверхностных, так и внутримозговых) сосудов и стенок желудочков мозга болевого ощущения вообще не вызывает.

Главным из раздражителей, вызывающих боль, является лишение ткани кислорода — кислородное тканевое голодание — гипоксия. Импульсы, возникающие в нервных окончаниях на сосудах, собираются в основном чувствительными ветвями тройничного и блуждаю-

щего нервов. Собственными проводниками болевого чувства являются также нервные сплетения артериальных сосудов мозга.

По указанным путям болевые импульсы от мозговых оболочек и сосудов мозга вступают в центральную нервную систему — общие коллекторы боли (зрительные бугры), а оттуда в кору головного мозга (преимущественно в заднюю центральную извилину).

Очень важные сведения о локализации головных болей при раздражении мозговых оболочек и чувствительных окончаний внутри мозговых сосудов дала нейрохирургическая практика. Во время операций на головном мозге было установлено, например, что раздражение твердой мозговой оболочки в передних отделах мозга вызывает боли в носу и во лбу по средней линии, раздражение средней артерии мозговой оболочки — в виске и в глазу, внутричерепной части внутренней сонной артерии — боль в окружности глаза, в его глубине и в виске, раздражение основной и позвоночной артерии вызывает боли в затылке и т. д. Изучена была также характерная проекция болей при раздражении венозных синусов мозга.

Советский ученый А. М. Гринштейн установил три зоны головной боли в зависимости от того, какой сосуд являлся ее источником.

Первая зона — орбитальная, захватывающая корень носа, лоб, прилегающий к орбите глаза, глазное яблоко, — связана с раздражением околососудистого сплетения вокруг глазничной артерии, которая ответвляется от внутренней сонной артерии, после того как последняя вступает в полость черепа. Вторая зона — центральная (лобно-теменно-височная) — спереди граничит с орбитальной, а сзади с затылочной зоной. Боли в ней связаны с нервными сплетениями средней артерии мозговой оболочки. Третья зона — затылочная — соответствует поражению околососудистых нервных сплетений вокруг позвоночных артерий.

Какие же химические процессы лежат в основе нервной регуляции? Их расшифровка идет непрестанно на протяжении всего XX столетия. Ученые добывают все новые факты, раскрывающие

лизм нервных процессов, в том числе и химическую основу боли.

Очень важно было, в частности, узнать, как при помощи нервного импульса передаются сигналы управления из нервных центров к другим нервным клеткам, к исполнительным органам — железам, мышцам, сосудам, — какие химические агенты участвуют в формировании чувства боли.

Начало нынешнего века ознаменовалось открытием ацетилхолина — химического вещества, которое является передатчиком — транзиттером нервного возбуждения от одной нервной клетки к другой. Затем были обнаружены еще два вещества с аналогичной функцией, но другой природы — адреналин и норадреналин. Было установлено, что передача нервного импульса от одной нервной клетки к другой, от нервной клетки к клеточным образованиям мышц, желез, сосудов происходит в местах контакта между ними — так называемых синапсах.

Синапс представляет собой щель шириной примерно 150—200 Å (Ангстрем — стомиллионная доля сантиметра), находящуюся между двумя пластинками (мембранами); одна из них является окончанием отростка одного нерва, другая — началом другого нервного отростка либо телом нервной клетки. Именно в синапс выделяется химический передатчик импульса от передающей клетки, который здесь же вступает в связь со структурами воспринимающей его клетки (химиорецепторами).

Было установлено, что ацетилхолин, норадреналин и адреналин являются химическими передатчиками нервного возбуждения в образованиях как периферической (нервные узлы, сплетения, корешки и т. д.), так и центральной (головной и спинной мозг) нервной системы.

В зависимости от того, какой химический передатчик возникает при возбуждении того или иного нервного волокна, последние были подразделены на холинергические (где для переноса импульса выделяется ацетилхолин) и адренергические (выделяющие при возбуждении норадреналин и адреналин).

Ацетилхолин образуется из эфира холина и уксусной кислоты. Выделяясь в синапсе и передав сигнал нервного воз-

буждения на рабочий орган или нервную клетку, он тут же разрушается ферментом, который носит название «холинэстераза». Действие ацетилхолина сходно с эффектом раздражения парасимпатического нерва. Поступая в кровь, ацетилхолин захватывается красными кровяными шариками — эритроцитами — и разносится ими по всему телу; при разрушении эритроцитов он вновь попадает в кровь, оказывая парасимпатический эффект.

Медиаторы, вызывающие эффект симпатического возбуждения, — адреналин и норадреналин — относятся к группе биологически активных веществ, называемых катехоламинами. Катехоламины — это и гормоны (вещества-регуляторы, выделяемые железами внутренней секреции), и нейротрансмиттеры симпатической нервной системы.

Адреналин и норадреналин образуются в мозговом слое надпочечников, откуда и попадают в кровь. Если норадреналин является нейротрансмиттером как в периферической, так и в центральной нервной системе, то его предшественник дефамин является химическим передатчиком только в центральной нервной системе (головном мозге).

Таким образом, как ацетилхолин, так и катехоламины, находясь в крови и тканевой жидкости даже в самых небольших количествах, оказывают активное регулирующее действие на соответствующие воспринимающие нервные аппараты.

Химиорецепторы в тканях в зависимости от того, какое биологически активное вещество они воспринимают, соответственно подразделяются на холинорецепторы и адренорецепторы.

Сегодня известен в качестве передатчиков нервного возбуждения и целый ряд других химических веществ: серотонин, гамма-аминомасляная кислота и др.

На основе полученных наукой данных создано учение о так называемых биохимических нейронных системах мозга. В зависимости от того, какой химический передатчик лежит в основе функционирования той или иной нейронной системы, они подразделяются на холинергические (ацетилхолин), адренергические (катехоламины), серотонинергические (серотонин) и т. п.

Все шире развиваются также представления о гуморальном регуляторном звене в организме. Дело в том, что все ткани, органы, клетки выделяют в окружающую их межклеточную тканевую жидкость и в кровь продукты своей жизнедеятельности, так называемые метаболиты, обладающие высокой биологической активностью. Уже давно науке известны гормоны — вещества, выделяемые железами внутренней секреции. Было выяснено, что продукты мозгового слоя надпочечников имитируют эффект адренергических нервных волокон; такой же активностью обладает и тиреоидин — гормон щитовидной железы. Напротив, гормон поджелудочной железы — инсулин, гормоны зубной железы в основном воспроизводят холинергический эффект.

Здесь нужно рассказать и о тех химических веществах, роль и значение которых в нервно-сосудистой регуляции, в формировании болевого ощущения особенно четко вырисовывались в последние годы. Поэтому они имеют весьма тесное отношение к вопросу о происхождении мигрени.

Рассмотрим их по порядку. Одним из биологически активных веществ, имеющих непосредственное отношение к регуляции сосудов и к проблеме боли, является гистамин. Он образуется в организме из аминокислоты гистидина во многих органах и тканях, наиболее активно в органах желудочно-кишечного тракта — печени, поджелудочной железе; особенно в больших количествах в кишечнике (при помощи бактерий, живущих в кишках). Немного гистамина попадает в организм и с пищей — мясом, овощами (шпинат) и другими продуктами.

В местах образования гистамин неактивен, так как он связан с белками тканей. Освобождение связанного тканями гистамина — гистаминолиберация («либеро» — свобода) происходит под влиянием охлаждения, перегревания, приема некоторых лекарств и продуктов, под воздействием ионизирующей радиации и т. д.

Гистамин в активном состоянии является чрезвычайно действенным биологически активным соединением; он повышает проницаемость сосудов, расширяет капилляры, суживает артерии, резко по-

вышает выделение катехоламинов из мозгового слоя надпочечников и т. д.

Попадание в кровь свободного гистамина вызывает своеобразное состояние, внешне весьма близкое к аллергическому. Это состояние проявляется зудом в различных частях тела, сыпью и кожными волдырями, отеками, которые чаще всего располагаются на лице и кистях рук. В таком случае провоцируются приступы мигрени, насморка, бронхиальной астмы, крапивницы, может быть повышение температуры тела.

В ответ на освобождение гистамина организм формирует линию защиты: во-первых, начинает вырабатываться фермент (гистаминаза), который разрушает его, во-вторых, в нормальной крови находится специальный белок (плазмопексин), который вновь связывает освободившийся гистамин. Это связывание гистамина называется гистаминопексическим эффектом. Если плазмопексина в крови недостаточно, то гистаминопексия не осуществляется, и тогда даже обычные, не превышающие норму количества гистамина могут вызывать болезнетворное действие.

Другой биологически активный регулятор — серотонин — впервые был выделен в 50-е годы нынешнего столетия из сыворотки крови быка. Выделенное вещество оказалось способным повышать артериальное давление. Отсюда и его название (serum по-латыни — сыворотка, «тонин» — повышающий давление). У человека серотонин особенно активно вырабатывается из аминокислоты триптофан в кишечнике, откуда попадает в печень, затем в кровь, где захватывается в основном клетками крови, именуемыми тромбоцитами.

Серотонин в головном мозге выполняет функцию нейротрансмиттера, нервные клетки, его продуцирующие, локализируются преимущественно в подбугорье и в среднем мозге.

Серотонин, как и гистамин, находится в тканях в связанном виде. Его освобождение часто происходит под влиянием различных препаратов и других биологически активных метаболитов, например резерпина, амфетамина, тирамина.

Освобожденный серотонин суживает крупные артерии и вены и в то же время

расширяет мелкие сосуды; четкой направленности в действии серотонина до сих пор окончательно не выявлено. В ряде случаев он ведет себя подобно адренергическому нейротрансммиттеру. В большинстве же — подобно холинергическому. Так же ведет себя серотонин и в плане болевотворного эффекта: в одних случаях он снимает боль, в других — усиливает ее.

Серотонин во многом определяет так называемое «болевое поведение». Если добиться истощения резервов серотонина в мозге, вводя подопытному животному резерпин, то при нанесении болевого раздражения животное «нервничает» больше обычного; оно громче и сильнее кричит, пытается укунить и сорвать электроды, подводящие ток, которым вызывается боль. Если же повысить количество серотонина в мозге путем введения дополнительных количеств аминокислоты, из которой он образуется, — триптофана, то животное хоть и сильно кричит, но не делает попытки сорвать электроды. Отсюда напрашивается вывод о том, что серотонин влияет на восприятие боли.

Сведения об обмене серотонина при мигрени достаточно противоречивы: некоторые исследователи утверждают, что во время приступа возрастает количество продуктов разрушения серотонина, определяемых в моче, и одновременно значительно падает его количество в крови (в среднем до 20%). Другие, напротив, полагают, что в начале приступа имеет место некоторый рост содержания серотонина в крови, а в период разгара мигрени — незначительное его снижение, не выходящее за рамки исходных количеств. Третьи исследователи считают, что в период приступа количество серотонина в крови значительно увеличивается.

Из биогенных аминов, имеющих отношение к мигрени, следует рассказать и о тирамине. Тирамин был обнаружен в шоколаде, сыре, бананах, сельдерее. Было показано, что принятый внутрь тирамин вызывает освобождение катехоламинов и увеличение их количества в крови. Некоторым исследователям удалось введением тирамина в чистом виде вызвать приступ мигрени; другие, однако, не подтвердили эти данные.

Из биологически активных соединений, вызывающих болевые ощущения,

сегодня, пожалуй, на первый план выступают вещества, которые обнаруживаются в крови и носят название кининов. Они имеют белковоподобную природу, их образование и распад очень тесно связаны с процессом свертывания крови. В печени образуются предшественники кининов — кининогены, которые попадают в плазму крови; там же в печени и в поджелудочной железе образуется предшественник фермента калликреина — калликреиноген. Оба этих фактора — кининоген и калликреиноген — находятся в плазме крови в неактивном состоянии.

Когда организму приходится мобилизовать защитные силы для борьбы с какой-либо вредностью (нарушение кровообращения, недостаток кислорода, травма, ожог и т. д.), в крови активируются системы свертывания и антисвертывания крови. Появляются ферменты, способствующие растворению сгустков крови (плазмин), и вещества, способствующие свертыванию (фактор Хагге-мана).

Как плазмин, так и фактор Хагге-мана способствуют переходу неактивного калликреиногена в активный калликреин, а калликреин превращает неактивный кининоген в активный кинин. Так в тканях образуются местные тканевые гормоны — кинины. К ним относятся брадикинины, каллигин и энтеротоксин.

Наибольшими болевотворными свойствами обладает брадикинин (в его состав входят пять аминокислот: серин, глицин, фенилаланин, пролин, аргинин). Этот биогенный амин открыт в 1949 году. По отношению к сосудам он во много раз более активен, чем гистамин. Некоторые утверждают, что он является наиболее активным из сосудорасширяющих и болевотворных факторов среди всех известных сегодня биологически активных веществ.

Брадикинин вызывает боль, будучи представлен в таких количествах, которые трудно поддаются измерению (в разведении 10^{-7} г/л, то есть одна десяти-миллионная часть грамма!). Где уж угнаться за такой дозировкой даже гомеопатам!

Брадикинин содержится в ядах ос, пчел, скорпионов, змей, и почти каждый человек испытал на себе то чувство му-

чительной резкой жгучей боли, отека и зуда на месте укуса, которое сегодня объясняется введением в толщу кожи гистамина и брадикинина.

Установлен весьма интересный факт: гистамин и серотонин являются активаторами кинина. Как говорит известный советский физиолог Г. Н. Кассиль, «боль порождает боль».

Близок к брадикинину и биологически активный полипептид энтеротоксин (субстанция Р). В его состав также входят аминокислоты: лейцин, изолейцин, лизин, аспарагиновая и глутаминовая кислоты, аланин. Эта субстанция в значительном количестве выделяется из желудочно-кишечного тракта. Она представлена также в различных отделах центральной нервной системы и в корешках, проводящих болевую чувствительность на периферии. Субстанция Р также способна вызывать боль, находясь в крови в весьма малой концентрации.

Установлен факт, свидетельствующий о высвобождении кининов такими биологически активными веществами, как простагландины.

В отличие от биогенных аминов — веществ белковоподобного характера — простагландины представляют собой ненасыщенные жирные кислоты. Они являются универсальными регуляторами биологических процессов, происходящих в организме, поддерживают нормальный уровень биохимического и физиологического функционирования, модулируют (усиливают или ослабляют) активность других регулирующих механизмов, то есть опосредуют воздействие на клетки различных биологически активных веществ.

Простагландины очень долго ждали своего открытия и признания. Объясняется это тем, что в организме человека они образуются в ничтожно малых количествах и очень быстро разрушаются.

Название их связано с органом, из которого они были впервые выделены, — предстательной железой. Эта железа играет большую роль в продолжении человеческого рода; в ней вырабатывается фактор, способствующий подвижности сперматозоидов. Ученые, проводя различные опыты с водными и спиртовыми вытяжками из железы, искали в предстательной железе вещества, повышающие

половую активность, а нашли, как это часто бывает в науке, другое — вещество, понижающее кровяное давление. Тогда в литературе появились первые упоминания о наличии в предстательной железе какого-то «сосудистого гормона».

Впервые в чистом виде простагландины выделил шведский ученый С. Бергстрем из замороженных семенных желез барана. Извлекаемые из тканевой смеси эфиром простагландины получили название простагландинов Е (они расширяют сосуды), а другие, извлекаемые из смеси фосфатным буфером, — простагландины F (они суживают сосуды).

Различие реакций мозговых сосудов на простагландины Е и F было доказано работами советских ученых под руководством Э. С. Габриэляна.

Простагландин Е тормозит симпатические эффекты, то есть действие катехоламинов на сосуды. Было показано, что внутривенное введение одной из форм простагландина Е вызывает головные боли мигренеподобного характера, с предвестником, напоминающим мерцательную скотому.

Затем появилось исследование, в котором утверждалось, что серотонин приводит к высвобождению простагландинов, а те уже вызывают мигренозный приступ.

Из пищевых продуктов предшественники простагландинов — линолевая, линоленовая и арахидоновая ненасыщенные жирные кислоты — более всего содержатся в подсолнечном, льняном, конопляном, кукурузном, соевом маслах. Потребность в них невелика — 15—20 граммов в день. Меньше их в свином жире и в оливковом масле, совсем нет в кокосовом масле, в масле какао и в сливочном.

Простагландины образуются в тканях при недостаточном поступлении кислорода, механическом растяжении, электростимуляции, воздействия ряда гормонов.

Поскольку наиболее массивно простагландины образуются из арахидоновой кислоты в легких, был поставлен вопрос, звучащий сегодня по меньшей мере парадоксально: является ли мигрень заболеванием легких?

В 70-х годах исследователи сообщили, что из перекиси арахидоновой кислоты в

стенках сосудов образуется вещество, которое не только расширяет сосуды, но и предупреждает образование тромба. Это вещество нарекли простаглицлином. Оно также больше всего вырабатывается в легких, что дало даже повод трактовать последние как железу внутренней секреции.

Такая же версия была выдвинута и по отношению к почкам. Давно было известно, что при поражении почек вырабатывается и поступает в кровь фактор, повышающий артериальное давление (ренин). Однако в 1960 году из мозгового слоя почки (расположен под наружным корковым слоем) было выделено путем вытяжки вещество, обладающее способностью резко понижать артериальное давление. Его идентифицировали с простаглицлином А.

Стало быть, артериальное давление на нормальном уровне удерживается двумя системами: прессорной (повышающей давление), которая вступает в действие при резком снижении давления; и депрессорной (понижающей давление), которая начинает действовать при повышении его уровня; при болезненных состояниях эти процессы сдвигаются и равновесие нарушается. Уже сегодня применение простаглицлинов приводит к терапевтическому успеху при повышенном давлении.

Интересно заметить, что стресс, насыщение пищевого рациона солью, прием в больших дозах таких лекарств, как аспирин, индометацин, уменьшают содержание простаглицлинов в почках на 50—60%. При кислородном голодании (скажем, сердечной мышцы у больных инфарктом миокарда) простаглицлины Е и F накапливаются в сердце, предотвращая захват мышцей адреналина; тем самым они спасают ее от «адреналинового удара», улучшают кровоток, предотвращая нарушение сократительной способности мышцы сердца и сердечного ритма.

Простаглицлин Е угнетает действие гормонов — адреналина, глюкагона (гормон поджелудочной железы), вазопрессина, кортикотропина (гормона гипофиза) и т. д., вызывающих повышение артериального давления. Это действие достигается тем, что простаглицлины меняют функцию фермента,

находящегося в мембране воспринимающей клетки, и «гормональная пуля», направленная в клетку, не достигает своей цели; простаглицлин «защищает своей грудью мишень», куда направляется гормон. С помощью этого механизма он и осуществляет свою регулирующую жизнь клетки роль.

В 1979 году был выяснен новый интересный факт: предшественник простаглицлина арахидоновая кислота, попадая в лейкоциты (белые кровяные шарики), превращается там в биологически активные соединения — лейкотриены. С ними связывают сейчас развитие крапивницы, бронхиальной астмы, мигрени.

Не следует думать, что только те биологически активные соединения, о которых рассказано выше, могут привести к мигрени.

Имеются указания на возможную связь возникновения мигренозных приступов с нарушением обмена гепарина — вещества, вызывающего разжижение крови.

Некоторые ученые говорят о гормоне надпочечника — альдостероне, избыточное накопление которого в крови приводит к задержке воды в организме и тем самым способствует формированию отека в мозге при мигренозном приступе.

У ряда больных в период приступа в крови было обнаружено увеличение пролактина — гормона, регулирующего выработку грудного молока у женщин (однако применение средств, угнетающих пролактин, лечебного эффекта не дало).

И наконец, существует точка зрения, которая пытается объяснить наследственный характер мигрени врожденным ферментным дефектом (отсутствием фермента орнитинкарбомилтрансферазы), который приводит к избыточному накоплению аммония в крови. У страдающих этим ферментативным дефектом нагрузка белковой пищей, либо хлористым аммонием провоцировала приступ мигрени.

Было бы ошибочным считать, что организм остается беззащитным к этому «наводнению» его болевотворными факторами. Если бы не было предусмотрено значительное число «линий защи-

ты», наша жизнь превратилась бы в сплошные мучения.

Природа предусмотрела естественные, образующиеся в организме противоболевые факторы. В ряде органов содержатся тканевые гормоны, действие которых противоположно кининам. Так, из тканей печени и околоушной железы быка был выделен препарат, который препятствует превращению кининогенов в кинины.

В центральной нервной системе выявлены противоболевые химические вещества — полипептиды — так называемые эндорфины, энкефалины, которые обладают мощным противоболевым эффектом, во много раз превышающим по своей активности такие издавна известные препараты, как опиум и морфий.

Указанные химические болевые и противоболевые факторы взаимно уравновешивают друг друга, обеспечивая ощущение внутреннего комфорта и отсутствия боли. При заболеваниях, в том числе и при мигрени, это равновесие нарушается.

Заканчивая изложение настоящего раздела, хотелось бы кратко резюмировать то основное, что, на наш взгляд, должен извлечь для себя читатель.

При рассмотрении этиологии, патогенеза и клиники такого заболевания, как мигрень, врачам приходится учитывать:

структуры центральной и периферической нервной системы, которые вовлекаются в болезнетворный процесс при каждом мигренозном приступе; их функциональную значимость, во многом определяющую те явления, которые наблюдаются при мигрени;

строение и функции мозговых оболочек, которые наряду с крупными сосудами мозга являются теми образованиями, где заложены воспринимающие боль нервные окончания;

особенности кровообращения (артериального и венозного) и ликворообращения в мозге, нарушения которых тоже характеризуют мигренозный приступ;

современные взгляды на формирование чувства боли вообще и головных болей в частности;

химические процессы, лежащие в основе нервной деятельности, нервно-

химической регуляции внутримозговых сосудов; формирование чувства боли; их связь с нейрогормонально-гуморальными сдвигами, наступающими в различных органах и системах человека, страдающего мигренью.

Только на основе синтеза этих представлений можно понять мигрень не как местное заболевание какого-либо участка сосудистой системы мозга и его оболочек, но прежде всего как болезнь всего организма в целом, понять ее связи с другими болезненными состояниями человека.

ПОНЯТИЕ О МИГРЕНИ (продолжение)

Мы рассмотрели мигрень с позиций вовлечения в процесс того или иного сосудистого бассейна мозга. А теперь следует подойти к болезни несколько с другой стороны — с позиций выяснения тех причин, тех состояний человека, которые приводят к мигрени. Такой подход носит название причинного (этиологического). Разнообразные причинные факторы могут давать приступы как простой, так и сочетанной (ассоциированной) мигрени, с различными проявлениями ее клиники в зависимости от места в мозге, где развиваются изменения, лежащие в основе приступа.

На первом месте в этом плане стоят случаи возникновения мигрени, связанные с заболеваниями женской половой сферы. Такие приступы мигрени носят в литературе название овариальных («овариум» по-латыни — яичник), а еще чаще — менструальных, ибо они, как правило, связаны с менструальным циклом женщин. Мигрень весьма часто возникает с началом менструации у девушек и проходит в периоде климакса, когда половая функция угасает.

Приступы мигрени могут предшествовать менструации, развиваться на ее высоте либо в конце цикла. Значительно реже они наблюдаются в межцикловые дни.

Приступы мигрени, как правило, значительно облегчаются или проходят во время беременности, послеоперативного удаления яичников. К сожалению, не всегда угасание половой функции при-

водит к прекращению приступов: в некоторых случаях, напротив, климакс (естественный либо искусственный — послеоперационный) ведет к появлению либо учащению головных болей, что, однако, также подтверждает их связь с менструальной функцией.

Об этом говорят и успехи в лечении мигрени, связанные с применением гормональных препаратов — аналогов тех веществ, которые вырабатываются половыми железами.

Лечение в таких случаях может либо стимулировать недостаточность функции яичника, либо, напротив, восполнить недостаток того или иного гормона — так называемая заместительная терапия — по типу того, как больные постоянно получают гормон инсулин, который регулирует (понижает) содержание сахара в крови при его повышении.

Как же трактуется механизм возникновения приступов при овариальной мигрени?

Раньше полагали, что во время менструального цикла к яичникам «приливает» кровь, в результате чего в процесс вовлекаются симпатические нервы, подходящие к этим половым железам. Их вовлечение в процесс (раздражение) вызывает далеко на отдалении — в головном мозге — сосудодвигательные изменения, которые и приводят к мигрени. После завершения менструации кровь от яичника «отливает», раздражение симпатического нерва проходит, сосудодвигательные изменения в мозге также подвергаются обратному развитию. С новым циклом все повторяется сначала.

В дальнейшем ученые стали обращать внимание на то, что у части женщин возникает повышенная чувствительность организма к белкам, содержащимся в менструальной крови и всасывающимся внутрь организма (так называемая сенсibilизация). Этот белок, попадая в кровь во время каждого менструального цикла, вызывает аллергические появления в виде мигренозного приступа. Сам приступ в этих случаях трактовался как результат самоотравления организма белком менструальной крови.

Четкая связь начала и конца приступов мигрени с изменениями гормональной регуляции, проявляющейся

появлением или исчезновением менструации, а также прекращение приступов во время беременности поставили на повестку дня вопрос о роли гормональных нарушений.

В менструальном периоде первая фаза характеризуется выделением гормона фолликулина, вторая — гормона желтого тела (лютеина): если первый стимулирует менструацию, то второй способствует ее завершению.

Нейроэндокринный дисбаланс во время менструации, беременности, климакса, при заболеваниях половых желез, в свою очередь, ведет к изменению содержания в крови и тканях биологически активных соединений (гистамин, серотонин, брадикинин, ацетилхолин, катехоламины и др.).

Изменения количественного содержания и активности указанных веществ приводят к изменению проницаемости сосудистых стенок (повышению их проницаемости), накоплению жидкости в тканях мозга и его оболочек (отеку), изменению функционального состояния внутримозговых сосудов и сосудистой сети оболочек мозга, что и способствует формированию ощущения головной боли в виде мигренозного приступа.

Отмечено, что во время менструации резко меняется содержание в крови и других тканевых жидкостях таких высоко активных веществ, как простагландины, которые, как это уже было показано, также часто являются причиной, приводящей к мигрени.

Хотелось бы подчеркнуть, что период менструации не только может сам по себе обусловить появление и развитие мигрени (в качестве первопричины), но он же часто является провокатором мигренозного приступа, зависящего от других причин.

Другим примером связи состояния внутренних органов с возникновением мигрени является печеночная или желчно-пузырная мигрень. В таком случае выявляется признак, который заставляет врача заподозрить участие в приступе мигрени желчного пузыря — это рвота желчью. В таком случае опрос больного позволяет выявить признаки функциональной недостаточности желчного пузыря. Речь идет о жалобах больного во внеприступном периоде на пе-

риодические боли и тяжесть в подреберье справа после еды, непереносимость жирной пищи, у больного обнаруживается обложенный бело-желтым налетом язык, склеры его глаз иногда становятся желтоватыми.

Обычно эти признаки заболевания желчного пузыря усиливаются за несколько дней до приступа мигрени и уменьшаются в своей интенсивности тотчас после него.

Рентгенологическое исследование выявляет у больного либо расслабление стенок желчного пузыря (так называемую атонию его), либо сочетание подобного расслабления с воспалительными изменениями.

Изменения в состоянии печени и желчного пузыря можно выявить также при лабораторно-инструментальном обследовании больного с помощью ультразвука, радиоизотопных, иммунно-биохимических методов и т. п.

Причинная связь между заболеванием желчного пузыря, печени и приступами мигрени доказывается не только их сочетанием, но и ликвидацией мигренозных приступов на довольно значительные сроки после промывания желчного пузыря раствором, скажем, сернокислой магнезии.

Различают также варианты мигрени, связанные с хроническими болезнями кишечника (преимущественно различного рода колиты, особенно сопровождающиеся запорами), болезнями поджелудочной железы (преимущественно ее хроническим воспалением) и другими.

После того как мы подробно обсуждали роль печени, поджелудочной железы, кишечника в обмене таких биологически активных веществ, как серотонин, брадикинин, гистамин и др., связь заболеваний указанных органов с мигренью представляется, в общем, вполне понятной. Правда, некоторые исследователи утверждают, что овариальные, желчно-пузырные, кишечные варианты мигрени — это лишь симптомы указанных страданий, а не настоящая мигрень.

Еще в конце прошлого века было высказано предположение: мигрень может быть вызвана патологическим процессом, который лежит в основе таких заболеваний, как крапивница, брон-

хиальная астма, экзема, сенный насморк.

Современная наука относит их к аллергическим, то есть к заболеваниям, которые возникают в результате взаимодействия попавшего извне или сформировавшегося во внутренней среде организма чужеродного для него вещества обычно белковой природы (антиген) с защитными белками, находящимися в крови, — так называемыми антителами. Реакция «антиген + антитело» — это и есть основа аллергии.

Некоторые исследования показали, что 38 % больных мигренью одновременно страдают упомянутыми выше аллергическими заболеваниями, в то время как частота распространения последних среди всего населения составляет не более 10 %.

Однако ряд ученых утверждает, что подавляющее большинство людей, у которых возникновение мигрени связывается с аллергическим фактором, в действительности истинной аллергией не страдают. В этих случаях, по их мнению, речь идет о веществах, вводимых (или попадающих) в организм, которые вызывают не столько аллергию (то есть истинную реакцию соединения антигена с антителом), сколько освобождение из тканей связанного с ними гистамина. Внешние проявления этой гистаминлиберации весьма напоминают аллергию, хотя ею не являются. Поэтому аллергический характер мигрени сегодня нельзя считать окончательно доказанным.

Как протекает болезнь, каковы ее исходы. Следует отметить, что единой закономерности в протекании мигрени нет, что, между прочим, говорит о весьма значительных различиях в происхождении болезни у разных людей.

Часть больных страдает мигренью всю жизнь, у части она наблюдается относительно недолгие периоды времени. У одних больных возникает несколько приступов в месяц, а у других всего один-два за несколько лет.

Кроме того, на протяжении жизни в разные ее периоды тоже может меняться как частота, так и длительность приступов. У некоторых больных приступы во второй половине жизни прекра-

щаются, а у других, напротив, становятся чаще и интенсивнее.

По некоторым данным, из каждых 100 заболевших мигренью в детском или подростковом возрасте примерно к 20 годам болезнь продолжается только у 20.

Иногда в пожилом или старческом возрасте приступы мигрени приобретают редуцированный характер; они проявляются не столько болью, сколько другими признаками мигрени, которые возникают изолированно; например, тошнотой или рвотой, зрительной скотомой без последующей головной боли и т. п.

Продолжительность приступов мигрени у разных больных также значительно отличается: от 30—40 минут до суток и более.

Примерно у 1,5 % больных возникает так называемый мигренозный статус, при котором болевые приступы мигрени наступают один за другим, перемежаясь относительно кратковременными светлыми промежутками. Во время светлых промежутков боль не столь резка, она ощущается где-то в глубине головы, хотя потом вновь усиливается. Такое состояние может затянуться до пяти-шести дней.

Наряду с головными болями у этих больных может повышаться температура, иногда наблюдается даже изменение сознания, порой возникают частые рвоты. Такие больные в силу тяжести их состояния часто госпитализируются в больницы. Обследование иногда обнаруживает у них повышение давления спинномозговой жидкости.

Ряд исследователей подчеркивает наличие у больных мигренью признаков, свидетельствующих о вовлечении в процесс вегетативной нервной системы.

У некоторых это проявляется периодическими вегетативными приступами, сопровождающимися тошнотой, отрыжкой, ощущением дискомфорта в желудке и кишечнике, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов.

У других отмечаются преходящие боли в левой половине груди, иногда сопровождающиеся нарушением сердечного ритма, ощущением «дрожания», тяжести в области сердца, у третьих периодически появляется вроде бы бес-

причинно-лихорадочное состояние, у четвертых наблюдается склонность к обморокам (вне мигренозного приступа).

Все эти состояния обычно бывают не очень продолжительными — от нескольких минут до нескольких часов — и исчезают так же неожиданно, как и появились.

Многие врачи, наблюдавшие больных мигренью, отмечают, что они весьма склонны к нарушениям сна. У некоторых эти нарушения выражаются периодически проявляющейся бессонницей, которая, возникая неожиданно и как бы беспричинно, может продолжаться несколько суток, у других — повышенной сонливостью.

Все описанные выше периодически и внезапно появляющиеся (как правило, вне мигренозного приступа) состояния получили название «эквивалентов мигрени».

Они говорят о том, что периодическая головная боль это только одно из проявлений заболевания, при котором приступы болезненных патологических состояний проявляются в других системах организма.

По-видимому, это связано с определенным характером нарушения функционирования нервной системы, проявляющимся его приступообразностью.

Недаром говорят, что мигрень — близкая родственница эпилепсии — заболевания, протекающего в виде приступов выключения сознания, сочетающихся с судорогами. Эта болезнь связана с поражением той или иной зоны мозга, которое может быть различного происхождения, но возникает болезнь только у тех людей, для которых отмечен особый приступообразный характер нарушения деятельности мозга.

Особенности функционирования мозга при эпилепсии подтверждаются исследованием его биоэлектрической активности: на электроэнцефалограммах (ЭЭГ) у этих больных зарегистрированы типичные изменения, говорящие о склонности к приступообразным нарушениям в функционировании мозга. Эти сдвиги считаются очень типичными для эпилепсии.

Очень близкие изменения на электроэнцефалограммах в виде появления пароксизмальной (приступообразной)

активности мозга большинством исследователей отмечены и у больных мигренью. Особенно четко эти сдвиги биоэлектрической активности проявляются при своеобразных нагрузках — фотостимуляции (воздействие на мозг ритмическими импульсами света) и гипервентиляции (частом и глубоком дыхании). Электроэнцефалограммы при мигрени, как и другие признаки этой болезни, отличаются большой изменчивостью.

Например, у некоторых женщин, больных мигренью, в период менструации на электроэнцефалограммах появляются признаки повышения пароксизмальной активности мозга, которые затем полностью проходят.

При неврологическом исследовании больных мигренью часто бросается в глаза «игра» сосудов кожи на лице и груди, проявляющаяся то побледнением, то покраснением, у некоторых из них выявляется склонность к головокружениям при нагрузках на аппараты внутреннего уха, мозжечок, обеспечивающие равновесие (например, при поездке в автобусе и т. д.).

Проведя психологическое обследование больных мигренью, многие врачи отмечают наличие у них истерических проявлений. Отмечено также сходство изменений психики, наблюдающихся у больных мигренью, с характером таковых при эпилепсии. Они упрямы, настойчивы, склонны к гневу и ярости, педантичны, иногда за внешней лестью скрывают неприязнь к окружающим, порой бывают дотошно мелочными и т. п. Многие больные отличаются подавленным настроением (депрессивный фон), склонностью к развитию невроза страха.

На протяжении жизни больного характер приступов мигрени, их частота от целого ряда причин могут меняться. У многих женщин беременность снижает частоту приступов (особенно при овариальной мигрени), меняется характер приступов и в климактерическом периоде. Замечено, что приступы мигрени могут прекратиться, если больной заболевает диабетом, язвенной болезнью желудка. Напротив, вирусный гепатит (болезнь Боткина) часто обостряет заболевание.

Польский исследователь Антон Прусинский приводит следующий перечень факторов, способствующих возникновению приступов мигрени:

1. Стресс.
2. Разрядка после эмоциональных переживаний.
3. Изменения погоды.
4. Менструация.
5. Недосыпание или избыточный сон.
6. Физические нагрузки.
7. Некоторые продукты (какао, шоколад, молоко, сыр, орехи, яйца, помидоры, сельдерей, цитрусовые, жирная пища).
8. Алкоголь.
9. Большие перерывы между приемом пищи.
10. Запоры.
11. Некоторые лекарственные препараты (противозачаточные средства и др.).
12. Сильный свет, телевизионное изображение.
13. Шум.
14. Неприятные запахи.
15. Сильные вестибулярные раздражители (езда на поезде, автомобиле, полет в самолете, морское путешествие, качели).
16. Различные болезни, которыми может заболеть человек (например, болезни зубов, придаточных пазух носа, желудочно-кишечного тракта, перенесение инфекции, травмы и т. п.).

Давно, в частности, известно, что мигрень провоцируется нервным перенапряжением, эмоциональными переживаниями. Причем в данном случае речь идет не только об отрицательных, вызывающих страх, гнев, душевную муку эмоциях, но и о положительных переживаниях (радости по поводу удачного завершения ответственного труда, после общественного признания заслуг и т. п.).

Интересно заметить, что приступ возникает не на высоте как положительных, так и отрицательных эмоций, а именно тогда, когда пик волнений уже прошел и наступило успокоение (разрядка). У части больных отмечены приступы мигрени, возникающие во время и особенно тотчас после половой близости.

Важным фактором, провоцирующим мигрень, является перемена погоды. Погодные сдвиги усиливают либо провоцируют приступ примерно у 45 % больных. Пока еще точно неизвестно, какие именно метеорологические факторы играют в этих случаях основную роль.

Влажность, температура, скорость движения ветра, барометрическое давление, уровень радиации, содержание и соотношение положительных и отрицательных ионов в воздухе, активность Солнца, изменение напряжения магнитного поля Земли и другие факторы, характеризующие климато-погодные условия, — каждый из них в том или ином случае у того или иного больного может иметь определенное значение.

Роль изменений солнечной активности в происхождении вегетативных нарушений, в том числе и мигрени, подчеркивали видные отечественные ученые А. Л. Чижевский, Г. И. Маркелов и др.

Сейчас появились исследования, которые убедительно показали, что метеорологические колебания приводят к изменениям содержания биологически активных веществ в организме. Так, например, теплые ветры являются стимуляторами образования серотонина, который, как известно, является одним из причинных факторов развития мигренозного приступа.

Нарушения сна — недосыпание и «пересыпание» (избыточный сон) также часто провоцируют приступ мигрени. Именно избыточным сном в воскресные дни объясняется так называемая «воскресная мигрень». Иногда мигрень возникает во время сна (обычно к утру), и тогда больной уже просыпается с головной болью.

Электроэнцефалографические исследования показали, что головная боль, как правило, формируется в фазу так называемого быстрого сна, то есть в то время, когда у человека обычно бывают сновидения, возбуждается пульс, дыхание и т. д. Именно сам переход от медленного сна к быстрому вызывает у человека, склонного к мигрени, приступ.

Примерно четверть больных мигренью связывает появление приступа с приемом того или иного продукта, при этом называют шоколад и какао, тво-

рог и сметану, крабы и икру, апельсины и т. д. Как мы уже говорили, дело тут не столько в аллергии, сколько в содержании в продуктах питания различных аминов (тирамин, финилэтиламин и др.).

Что касается таких факторов, как длительные перерывы в приеме пищи, появление чувства голода, то вначале ученые думали о том, что к приступу мигрени приводит снижение содержания уровня сахара в крови, отрицательно сказывающееся на вегетативном равновесии — соотношении между симпатическими и парасимпатическими отделами вегетативной нервной системы. Теперь больше говорят о том, что натошак повышается уровень свободных жирных кислот в крови, которые и провоцируют приступ.

Приступы мигрени часто возникают вследствие опьянения, приема различных лекарственных препаратов.

Применение противозачаточных средств определенно ухудшает течение мигрени примерно у 44 % больных. Мигрень даже считают из-за этого противопоказанием для приема противозачаточных таблеток. Полагают, что это связано с наличием в препаратах мужского полового гормона — прогестерона, который меняет эндокринный фон больной.

Шум и сильный свет также способны нарушить деятельность нервных приборов, регулирующих тонус внутри мозговых сосудов, и вызвать вследствие этого приступ мигрени.

Особенно часто это бывает при просмотре кинофильмов, телевизионных передач, с их «мельканием» кадров, что «срывает» приспособительные механизмы, обеспечивающие нормальное функционирование сосудов мозга и его оболочек, вызывая мигрень.

Что касается влияния запахов, то есть основание думать об аллергическом механизме возникающих при этом приступов мигрени. Это представление тем более справедливо, что, как правило, у каждого больного есть свой «специфически» для него сильный запах, вызывающий приступ; другие резкие запахи не оказывают на больного провоцирующего воздействия.

Роль различных болезней и состоя-

ний человека, которые могут привести к мигрени, мы уже рассматривали выше.

Какой же общий вывод следует сделать из такого обзора факторов, провоцирующих мигрень?

По-видимому, ее могут вызвать любые «возмущения», возникающие как вне, так и внутри организма. Как правило, мигрень появляется при переходе из одного состояния в другое, в то время когда организму предъявляются требования возможно более быстрого приспособления к возникшей ситуации.

Все ли головные боли, даже односторонние, локализующиеся в половине головы, являются мигренью?

Нужно всегда помнить, что под ее «флагом» могут маскироваться другие заболевания.

Иногда мигренеподобные головные боли являются следствием аневризмы мозгового сосуда. Аневризма — это патологическое выпячивание стенки сосуда, которое может возникнуть в результате ее дефекта, сформировавшегося, например, после травматического повреждения. Выпячивание стенки сосуда бывает и врожденным. Тогда постепенное увеличение аневризмы оказывает давление на воспринимающие боль нервные окончания в мозговых оболочках. В случае односторонней локализации аневризмы сосудистой стенки мозга может проявиться головной болью в одной половине головы.

У ряда больных причиной мигренеподобных болей могут быть опухоли сосудов — ангиомы («ангио» — сосуд), располагающиеся в оболочках мозга, которые порой осложняются точечными кровоизлияниями. Последние способны вызывать острую головную боль, причем иногда одностороннюю.

Причиной головных болей, внешне напоминающих мигрень, бывают также последствия инфекционного поражения мозга и его оболочек, корешков черепных нервов.

Стимулировать мигрень могут опухоли головного мозга и его оболочек — первичные и метастатические, опухоль костей черепа (остеома); повышение внутриглазного давления (глаукома), воспалительные процессы в придаточных пазухах носа — лобной (фронтит), гайморовой (гайморит), особенно если

такой патологический процесс располагается односторонне.

Часто путают мигрень с невралгией тройничного нерва, с воспалительным процессом, развивающимся в височной артерии (височный артериит) и односторонними головными болями другого происхождения.

В этой брошюре нет необходимости подробно останавливаться на отличительных чертах головных болей, в основе которых лежат вышеуказанные болезни, от мигрени. Но каждый читатель должен знать, что любая повторяющаяся головная боль должна быть поводом тщательного врачебного обследования.

Если суммировать сведения, приведенные в настоящем разделе, то можно заключить, что мигрень тесно связана с различными другими болезненными состояниями человека, образом его жизни и деятельности, окружающей внешней средой. Больной мигренью болен не только тогда, когда у него головная боль, но и в межприступный период. Половинные головные боли по типу гемикрании могут быть проявлением ряда других страданий, не связанных с мигренью. Для успешного их распознавания, профилактики и лечения необходимо тщательное обследование больного врачом-специалистом.

БЕСЕДА ЗА КРУГЛЫМ СТОЛОМ (об одном несостоявшемся, но возможном обсуждении)

Представим себе ведущего и трех специалистов, обсуждающих в доступной для широкой аудитории форме проблемы возникновения мигрени. Попробуем воспроизвести их беседу.

Ведущий. Мигрень — серьезная болезнь, она способна похитить у каждого человека, кто страдает ею, только в молодом возрасте (в среднем) около двух лет активной жизни, она снижает работоспособность, понижает производительность труда, нанося тем самым ущерб всему обществу. Мигрень меняет характер человека, его взаимоотношения с друзьями и в семье.

Что же лежит в основе ее происхождения?

Давайте рассмотрим этот вопрос, попытаемся выяснить основные механизмы развития болезни, как говорят медики, — ее патогенез.

— **Первый специалист.** Прежде всего, и с этим сегодня согласны все ученые и врачи, есть достаточно оснований считать, что ядром приступа мигрени является страдание сосудов мозга и его оболочек. Их роль в реализации мигренозного приступа долго оставалась скрытой.

Уже врачи древности считали, что головная боль у больного мигренью является результатом действия вредностей, которые таятся где-то во внутренних органах — матке, желчных путях и печени, кишечнике. Медики давно пытались найти вредные вещества, яды, токсины, которые, всасываясь в кровь, вызывали бы мигрень. И как оказалось в последующем, не напрасно.

По мере уточнения роли и значения желез внутренней секреции (эндокринных желез) в регуляции внутренней среды организма наука получила в свое распоряжение факты, которые убедительно показали и их причастность к происхождению мигрени.

Например, высказывалась мысль о том, что во время мигренозного приступа гипофиз не может согласованно управлять другими эндокринными железами и как плохой дирижер допускает «фальшивую игру». Это в конечном счете и ведет к нарушению гормональной регуляции сосудов мозга и оболочек, что и проявляется мигренью.

Наконец, развитие идей нервизма (нервизм — это учение, которое рассматривает влияние нервной системы на все функции организма), особенно благодаря трудам великих русских естествоиспытателей И. М. Сеченова, И. П. Павлова, Н. Е. Введенского и других, привело к тому, что в трактовке происхождения мигрени на первый план была выдвинута гипотеза о нарушении нервной регуляции сосудов мозга.

Какие же конкретно изменения в состоянии этих сосудов лежат в основе мигрени?

Уже в конце XVIII века было высказано предположение, что мигрень есть следствие расширения сосудов мозга и избыточного вследствие этого при-

тока крови к нему. Доказывалось это предположение следующим простым приемом: прижатие в области шеи пальцем сонной артерии, уменьшающее приток артериальной крови к голове, ведет к уменьшению головной боли.

Но тогда же другие исследователи высказали прямо противоположное мнение: они утверждали, что в основе мигрени лежит спазм мозговых сосудов. Была сформулирована ангиоспастическая теория болезни.

Однако эта теория также была подвергнута сомнению. Ее противники, отрицая ангиоспазм при мигрени, считали, что во время приступа стенки внутримозговых сосудов, напротив, находятся в расслабленном состоянии. Их тонус (напряжение) понижен; именно снижением его (атонией) и объясняли приступ.

В доказательство приводили данные исследования глазного дна, сосуды которого, как это уже тогда было известно, реагируют так же, как и внутримозговые. Именно на глазном дне во время мигренозного приступа было зарегистрировано понижение тонуса сосудов и их расширение.

Еще относительно недавно для того, чтобы изучать состояние сосудистой сети мозга и его оболочек, приходилось у подопытного животного вскрывать череп, делать в кости отверстие — «окно», которое открывало взору исследователя мозговые оболочки и вещество мозга с пронизывающими их сосудами.

Естественно, что у людей такие наблюдения можно было делать только во время нейрохирургических операций, что исключало не только массовость, но и продолжительность изучения.

Сегодня положение коренным образом изменилось. Стало возможным наблюдать за внутримозговыми сосудами, не вскрывая череп. Разработано много методик, позволяющих сделать это. Назовем основные из них.

Весьма достоверно отражает состояние внутримозговых сосудов методика ангиографии. Суть ее состоит в том, что в кровь вводится специальное контрастное вещество, которое, попадая с током крови в сосуды мозга, делает их видимыми на рентгеновских снимках.

Если делать рентгеновские снимки с достаточно частыми интервалами (несколько десятков в секунду), то можно увидеть стенки исследуемых сосудов и определить, в каком состоянии они находятся — сужены или расширены.

Самое широкое распространение во многих больницах, клиниках, санаториях получила бескровная, безболезненная и совершенно безопасная методика реоэнцефалографии, с помощью которой можно судить об изменении уровня кровенаполнения того или иного участка мозга, о тонусе внутримозговых сосудов, об их реакциях на то или иное физическое либо медикаментозное воздействие.

Реоэнцефалография позволяет исследовать больного многократно в течение даже одного дня, не говоря уже о более продолжительных сроках наблюдения. Стало быть, метод дает возможность изучать состояние внутримозговых сосудов у больного мигренью в межприступный период, в фазы предвестников и пика приступа, а также после приступа, выявляя при этом и индивидуальные особенности сосудистого обеспечения мозга.

Для изучения кровообращения в головном мозге используется также ультразвук — методика ультразвуковой доплерографии (основана на физическом эффекте Доплера). Методика заключается в том, что направляемый в мозг ультразвуковой сигнал отражается от движущихся в крови форменных элементов (эритроциты, лейкоциты) и вследствие этого претерпевает сдвиг. Величина этого сдвига прямо пропорциональна скорости кровотока, которая во многом отражает состояние сосудистой сети.

Метод позволяет быстро, безболезненно и безопасно для больного получить информацию о том, свободно ли проходима для крови артерия либо на пути кровотока имеется препятствие в сосуде.

Ценные сведения о состоянии мозгового кровообращения дает методика изотопной радиоциркулографии. Суть этой методики состоит в том, что в вену больного вводится меченый изотоп, который с током крови поступает в сосуды мозга. Специальные датчики, фик-

сирующиеся на черепе, улавливают изменения его содержания в изучаемом регионе мозга и тем самым определяют состояние внутримозговых сосудов.

Все большее распространение получает и методика тепловидения. Приборы-тепловизоры позволяют судить о теплообразовании в тканях, которое во многом отражает состояние их кровоснабжения (чем больше приток крови к ткани, тем она теплее). Инфракрасное излучение регистрируется и становится видимым на экранах тепловизорных установок, характеризуя изменения кровообращения в мозге у больных мигренью на разных стадиях приступа.

Применение указанных современных методов исследования показало, что в периоде предвестников мигрени действительно наблюдается спазм сосудов, в то время как на высоте приступа наступает их расширение. Клинико-экспериментальные исследования позволили говорить о стадийности реакции мозговых сосудов при мигрени.

Первая стадия, соответствующая стадии предвестников, характеризуется спазмом сосудов в области разветвления сонной артерии. В этой стадии больной еще не испытывает боли, но уже возникают предвестники приступа — мерцательная слепота либо другие проявления ассоциированной мигрени.

Во второй стадии наступает необычное расширение крупных сосудов области черепа и мозга, возникает резкое понижение их тонуса. Кровь, ударяя в стенку расслабленного, атоничного сосуда, не встречая сопротивления мышечного напряжения ее, вызывает выраженные колебательные движения. Амплитуда колебаний стенки сосуда в таком случае значительно превышает по своей величине обычную. Удары волн крови, бьющие в атоничный сосуд, растягивая его, вызывают боль, которая носит пульсирующий, в такт сердечным сокращениям, характер.

Третья стадия характеризуется повышением проницаемости сосудистой стенки для жидкости. Развивается отек тканей оболочек и мозга.

Гипотеза стадийности развития приступа мигрени нашла подтверждение и в клинике. Наблюдения за больными в период предвестников приступа миг-

рени показали, что кожа лица у них бледнеет (в силу спазма сосудов и недостаточного притока крови к коже), а в болевую фазу краснеет (кровь «приливает» к лицу).

Второй специалист. Но ведь есть и другие факты, противоречащие сказанному. Так, например, артерию мозга исследователи подвергали искусственному растяжению. Достигалось это следующим путем: в просвет артерии вводился специальный баллончик из резиноподобного материала, объем которого увеличивался за счет введения туда воздуха. Казалось бы, подобного рода растяжение артерии должно было бы вызвать боль. Тем не менее этого не происходило.

Далее, врачи, изучающие клинику мигрени, при опросе больных выяснили, что отнюдь не всегда головная боль на высоте приступа носит пульсирующий характер.

Применив современный метод исследования — изучение микрокровотока в области конъюнктивы глаза с помощью специальных оптических приборов, позволяющих увидеть кровообращение в сосудах самого малого калибра, — исследователи установили, что эти сосуды реагируют у различных больных по-разному. У одних они в стадии предвестников мигрени расширяются, а в период болевого приступа суживаются, у других — наоборот.

Исследование с помощью тепловидения также привело к неодинаковым результатам. Если принять к сведению данные о том, что на высоте головной боли у больного мигренью кровь приливает в мозг, то ткани головы должны были бы потеплеть. Между тем у ряда больных они, напротив, охлаждались.

Было высказано предположение, что крупные и мелкие сосуды мозга ведут себя во время приступа мигрени по-разному — мелкие сосуды суживаются, а крупные расширяются.

Кроме того, мы ведь давно знаем, что лицо человека при неприятностях, волнениях, стрессовых ситуациях то бледнеет, то краснеет. А ведь изменения окраски лица в какой-то мере отражают направление реакций мозговых сосудов. И хотя эти реакции регист-

рируются, человек далеко не всегда после волнений страдает мигренью. То же относится и к реакциям мозговых сосудов на перемену погоды, на физический труд, занятия спортом и т. п.

Итак, далеко не всякое сужение или расширение внутримозговых сосудов ведет к развитию мигрени.

Стало быть, нельзя не признать, что существуют еще какие-то причины, которые не только меняют просвет сосудов мозга, приводя к их сужению или расширению. По-видимому, какие-то дополнительные факторы меняют возбудимость нервных окончаний сосудов в мозге, формируют ощущение боли, усиливают проницаемость стенки сосуда для жидкости, что ведет к отеку оболочек мозга и т. д.

Проведенные исследования показали, что эти факторы, несомненно, связаны с биохимическими превращениями, прежде всего с теми, которые характеризуются образованием в организме веществ, активно воздействующих на внутримозговые сосуды. Имеются в виду в первую очередь вазоактивные химические факторы (слово «ваза» означает «сосуд»).

К ним относятся некоторые гормоны, биогенные амины, полипептиды (кинины), простагландины и другие биологически активные вещества.

Обнаружение этих веществ позволило в какой-то степени пролить свет на те факторы, которые имели в виду древние врачи, рассматривающие связь мигрени с выработкой в организме больного каких-то ядов и токсических веществ.

На начальном этапе изучения в поле зрения ученых оказались ацетилхолин и катехоламины, которые, как уже указывалось, в определенных условиях вазоактивны, то есть способны изменять функциональное состояние сосудов, в том числе и внутримозговых.

Однако вскоре на первый план выступил гистамин. Дело в том, что он не только оказывает влияние на функциональное состояние сосудов, но, находясь в организме в свободном виде, даже в небольших концентрациях способен вызывать боли и отек. Гистамин освобождается из связанного состояния с тканями под влиянием ряда продуктов, употребляемых в пищу; при этом

порой возникает приступ, весьма похожий на мигрень. Если ввести в организм человека чистый гистамин путем подкожной инъекции, то появится головная боль.

Первый специалист. Но ведь эта головная боль по своим клиническим проявлениям совсем непохожа на мигрень! Кроме того, достаточно четко установлено, что во время приступа мигрени содержание гистамина в крови не меняется. Применение противогистаминных лекарственных препаратов (противогистаминные препараты связывают свободный гистамин) само по себе мигренозный приступ не купирует.

Второй специалист. Тем не менее в период между приступами мигрени у больных выделяется повышенное количество химических продуктов, возникающих в процессе обмена гистамина. Если учесть, что гистамин повышает проницаемость внутримозговых сосудов для жидкости, способствуя тем самым отеку мозга и его оболочек, то его роль в развитии приступа мигрени все-таки полностью исключить нельзя. Правда, сегодня по сравнению с другими химическими веществами эта роль представляется второстепенной.

С открытием и изучением серотонина исследователи стали рассматривать его тоже в качестве фактора, могущего существенно повлиять на развитие мигренозного приступа. Во-первых, он преимущественно вырабатывается в кишечнике, а ведь еще древним врачам было известно, что именно болезни кишечника часто сочетаются с мигренью. Во-вторых, он суживает крупные артериальные сосуды и вены и расширяет мелкие сосуды, о роли которых в происхождении мигрени уже говорилось. В-третьих, он освобождается из тромбоцитов под действием тирамина, который присутствует в шоколаде — одном из самых известных продуктов, провоцирующих мигрень.

Установлено, что клетки крови — тромбоциты, содержащие серотонин, — при мигрени ведут себя необычно: они менее интенсивно накапливают серотонин и в то же время содержат его больше и легче выделяют, чем тромбоциты здоровых. При мигрени в тромбоцитах часто обнаруживается недо-

статок фермента, разрушающего серотонин.

Показано, что серотонин не только действует на состояние внутримозговых сосудов; его инъекция часто вызывает рвоту — один из самых частых компонентов мигренозного приступа. Тот же рвотный эффект возникает, если в эксперименте ввести серотонин непосредственно в мозг, в гипоталамус. Есть данные о том, что во время приступа мигрени количество серотонина в крови повышается.

Первый специалист. Но ведь известно, что попытки искусственно вызвать приступ мигрени путем введения серотонина в организм не удавались. Более того, известны работы австралийских ученых, которые утверждают, что у больного в период приступа мигрени значительно падает содержание серотонина в крови (в среднем до 20%).

Второй специалист. Да, это так, однако препараты, которые обладают противосеротониновым действием, например метесергид, эффективны при мигренях! Установлено, что введение в организм таких препаратов, как резерпин, может провоцировать мигрень, что связано с падением уровня серотонина. Поэтому исключить роль серотонина в происхождении приступов мигрени также не представляется возможным.

Известное значение в происхождении мигрени придавалось и тирамину — биогенному амину, который содержится в ряде продуктов (шоколад, вино и др.), провоцирующих мигренозный приступ. Установлено, что тирамин вызывает высвобождение катехоламинов, которые весьма активно действуют на мозговые сосуды. Более того, некоторые исследователи показали, что введение человеку чистого тирамина в количестве 100 миллиграммов вызывает типичный болевой приступ типа мигрени.

Правда, контрольные исследования показали, что однозначно толковать эти результаты не представляется возможным, да и к тому же в шоколаде было обнаружено другое вещество — бета-фенилэтиламин, которое, как оказалось, также может вызвать приступ.

По современным представлениям в происхождении мигрени велика роль биологически активных полипептидов — кининов, в первую очередь брадикини-

на. Во время приступа мигрени, по данным ряда ученых, его количество в ткани, окружающей сосуда мозга, повышается, а содержание веществ, из которых образуется брадикинин в крови, — уменьшается. Это говорит о повышении синтеза брадикинина в организме при мигрени. Обнаружено также повышение активности ферментов, разрушающих брадикинин в спинномозговой жидкости.

Выяснена связь брадикинина с серотонином: оказывается, первый освобождает второй. Препараты, которые блокируют образование брадикинина, оказывают хороший лечебный эффект при мигрени. В то же время на освобождение брадикинина активно влияют простагландины. Простагландин Е, будучи введен внутривенно людям-добровольцам, вызывал головные боли, весьма похожие на мигрень.

Некоторые ученые наследственный характер мигрени у многих больных связывают с генетически обусловленной ферментной недостаточностью. Ферменты — это активные вещества белковой природы, без которых невозможен ход химических реакций в организме.

Многие факторы, провоцирующие мигрень, фактически предъявляют повышенные требования к организму. Для того чтобы обеспечить его приспособление к этим требованиям, должна быть повышена активность ферментов, в частности, имеющих отношение к превращениям биогенных аминов, кининов и других биологически активных соединений.

А из-за врожденного дефекта того или иного гена, отвечающего за синтез белка-фермента, последний либо вообще не образуется, либо синтезируется недостаточно, в измененном виде (со сниженной активностью). Этот генетически измененный фермент оказывается не в состоянии проявить требуемую от него в ситуации необычной нагрузки повышенную активность. Вот в связи с этим и возникает «сбой» в цепи химических реакций, обеспечивающих приспособление к провоцирующему мигрень фактору, что в конце концов и приводит к приступу.

Итак, при рассмотрении вопроса о происхождении мигрени сегодня обязательно нужно учитывать нарушения био-

химической регуляции в организме больного и, в частности, нарушение этого вида регуляции в отношении сосудов мозга и его оболочек.

Третий специалист. Ну а как объяснить, почему мигрень возникает приступообразно, почему головная боль при этой болезни локализуется, как правило, односторонне, с чего начинаются «поломки» в биохимических и сосудистых системах у больного мигренью?

На эти вопросы невозможно дать ответ, если не привлечь к объяснению изменения в состоянии нервной системы, имеющиеся у больного мигренью как во время приступа, так и в межприступный период.

Нельзя, в частности, дать объяснение феномену самого основного симптома болезни — головной боли, если не проанализировать весь путь формирования этого ощущения — от нервных окончаний, воспринимающих боль (рецепторы), нервных путей, ее проводящих (проводники), и до нервных центров, перерабатывающих информацию о боли и «осознающих» ее.

Исследованиями невропатологов показано, что при мигрени в болезненный процесс вовлекаются различные образования как центральной, так и периферической нервной системы.

Видный советский ученый — академик Г. И. Маркелов, посвятивший много лет своей жизни изучению мигрени, указывал, что при этом заболевании страдают прежде всего такие нервные образования, как шейные симпатические узлы и гипоталамус.

Именно болезненными изменениями в шейных симпатических узлах на той или иной стороне тела (слева или справа) можно объяснить тот факт, что при мигрени преобладают односторонние головные боли.

В самом деле, если представить себе, что мигрень (измененная патологическая реакция сосудов мозга и его оболочек) возникает только в результате появления в крови какого-то химического вазоактивного вещества, то надо допустить, что реакция сосудистой системы мозга должна быть одинаковой во всех его участках — как слева, так и справа.

Между тем, как известно, при миг-

В Д 1586/11

рении этого чаще всего не бывает. Реагируют обычно внутримозговые сосуды только с одной (левой или правой) стороны, причем почти всегда одной и той же. Почему?

Чтобы объяснить это, нужно признать, что реактивность сосудов, то есть способность отвечать на раздражитель, — на стороне, где разыгрывается головная боль, иная, чем на симметричной.

Медицинской науке давно известно, что ткань, которая даже частично лишена нервной регуляции, становится более чувствительной к воздействию гуморальных факторов, то есть к биологически активным химическим веществам, циркулирующим в крови и в других жидкостях организма. Сосуды мозга и его оболочек не составляют в этом случае исключения.

Представим себе, что шейные симпатические узлы с одной стороны (слева или справа) оказываются пораженными каким-либо патологическим процессом. Это может быть и воспаление, и травматическое повреждение, и, наконец, врожденный дефект.

Следовательно, сосуды того полушария мозга, которые получают нервное обеспечение именно от пораженных симпатических узлов гомолатерально (с той же стороны), будут испытывать определенный дефицит регулирующих нервных влияний. Возникает, таким образом, частичная денервация сосудов мозга на стороне поражения шейных вегетативных ганглиев.

Стало быть, эти сосуды станут более чувствительными, более восприимчивыми к действию химического фактора (например, серотонина и т. п.), чем сосуды противоположной стороны. Так и возникает односторонняя патологическая сосудистая реакция в мозге и его оболочках — мигренозный приступ.

Ведущий. А как мы сможем объяснить приступообразный характер течения болезни?

Третий специалист. Для этого нужно, наверное, вспомнить о биоритмах. Известно, что жизнедеятельность человеческого организма, как и любого другого живого существа, подчиняется определенным ритмам. Бодрствование обязательно сменяется сном, артериальное

давление, температура тела с определенной цикличностью постоянно претерпевают изменения на протяжении суток. Каждая система живого организма работает в своем ритме.

Установлено, что «биологические часы», обеспечивающие ритм жизнедеятельности человека, расположены в глубинных структурах его мозга.

При страдании этих мозговых структур наблюдается нарушение и рассогласование при отправлении различных видов деятельности, различных ритмов внутри организма. Возникает «сбой» в чередовании временных интервалов функциональной активности различных систем — и как следствие этого — появление различных, необычных для организма приступообразных состояний.

Можно считать, что наличие определенного «очага» в глубинных структурах мозга и обуславливает склонность к периодическому нарушению функций нервной системы, желез внутренней секреции, выделения биологически активных веществ, создавая необходимые предпосылки для возникновения мигрени.

Но очаг у больного мигренью может быть не только в мозге, но и в периферической нервной системе. Как уже говорилось, односторонний характер приступа формирует участие шейных симпатических узлов, ветвей тройничного нерва. Брюшная форма мигрени, например, обусловлена вовлечением в процесс солнечного сплетения, находящегося в полости живота, и т. д.

Ведущий. Что же, приведенные факты действительно во многом изменили взгляды на мигрень.

Вспомним, что в начале 30-х годов нынешнего столетия мигрень рассматривалась только как ангионевроз мозговых сосудов, то есть как нарушение нервной регуляции сосудов, развивающееся под влиянием психогенных факторов (эмоциональный разряд, нервное перенапряжение) и подвергающееся полному обратному развитию. А к настоящему времени это представление уже не может нас удовлетворить.

Во-первых, как уже было показано, мигрень возникает не только вследствие нервных нарушений; в ее происхождении весьма велика роль и гуморальных (химических) факторов.

Во-вторых, при мигрени у многих больных выявляются стойкие изменения в том или ином звене нейрогормонально-гуморальной регуляции, причем касающиеся всего организма, включая и дефект некоторых наследственных механизмов.

В-третьих, клиническая практика не подтверждает исключительной роли психогенных факторов в происхождении мигрени.

И наконец, в-четвертых. Современная методика исследования — компьютерная томография (основана на соетанном применении рентгеновского метода исследования с возможностями ЭВМ), позволившая заглянуть в глубь мозга, не нарушая его целостности, — серьезно поколебала один из самых, казалось бы, традиционных признаков, характеризующих мигрень.

Этот признак — полная обратимость происходящих во время мигренозного приступа изменений в мозге.

Приведенные исследования убедительно показали, что у страдающих частыми приступами мигрени после приступа остаются ишемические очаги — микроучастки мозговой ткани, которые, лишившись даже кратковременного нормального кровобеспечения, безвозвратно погибли.

Таким образом, уже обнаружены органические (то есть необратимые) следы в мозге после мигренозного приступа.

Новые факты, добытые в результате многочисленных научных изысканий, позволили построить более широкую гипотезу происхождения мигрени.

Мы сегодня вправе рассматривать мигрень как болезнь всего организма человека, проявляющуюся нарушением единой нейрогормонально-гуморальной (то есть нейрохимической) регуляции сосудов мозга и его оболочек.

Причины, характер и уровень поражения системы нейрогормонально-гуморальной регуляции у каждого больного мигренью индивидуальны. Поэтому обязательен поиск конкретных механизмов возникновения мигренозного приступа у каждого больного.

Не у всех больных изменения в мозге, обусловленные мигренозным приступом, полностью обратимы. Поэтому необходимо обязательно лечить мигрень,

возможно надежнее предупреждать появление каждого мигренозного приступа.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ

Профилактика мигрени складывается из мероприятий по предупреждению возникновения болезни (первичная профилактика) и в случае ее проявления — по предупреждению каждого последующего мигренозного приступа (вторичная профилактика).

Для успешного предупреждения приступов мигрени большое значение прежде всего имеет активное содружество больного с врачом в процессе поиска причины, лежащей в основе болезни, выявлении провоцирующих приступ факторов, оценке эффективности того или иного метода лечения. Больной и врач могут рассчитывать на успех только в том случае, если они объединят свои усилия.

Конечно, этот принцип должен быть соблюден при построении взаимоотношений больного и врача в борьбе против любого заболевания. Однако больной мигренью особенно нуждается в таких взаимоотношениях. Ведь у каждого человека для успешного предупреждения и лечения мигренозного приступа нужно выявить причины и механизмы развития болезненного состояния, присущие именно ему. Нужно определить, какое именно звено (или звенья) в системе нейрогормонально-гуморальной регуляции в данном конкретном случае заболевания оказывается несостоятельным.

Трудности для врача заключаются в том, что причин возникновения мигрени и механизмов, выводящих из строя нормальное управление сосудами мозга и его оболочек, может быть множество. При этом, как правило, они не всегда «лежат на поверхности».

Поэтому врач в ряде случаев вынужден привлекать к поиску причин мигренозного приступа самого больного и даже окружающих его членов семьи. Больной после инструктажа, проведенного врачом, и ознакомления с природой болезни должен заняться самонаблюдением. Ему следует регулярно

сообщать врачу достоверные сведения о частоте приступов, их характере, деятельности. Важнейшее значение для врача приобретают сведения о том, какие изменения в образе жизни, состоянии здоровья, питания непосредственно (за день-два) предшествовали развитию приступа.

Бесспорно, что подобного рода самонаблюдения требуют от больного терпения, настойчивости, наблюдательности. Они во многом помогут врачу обеспечить тот индивидуальный подход, который необходим для лечения каждого больного мигренью.

Самым тщательным образом больной мигренью должен выполнять рекомендации врача о нормализации образа жизни. Нужно помнить, что средства, применяемые медициной для предупреждения и лечения мигрени, — медикаменты, водо- и электролечебные процедуры, различные виды психотерапии — могут оказаться неэффективными, если не будет упорядочен образ жизни пациента.

Речь идет о нормализации режимов сна и бодрствования, труда и отдыха, исключении чрезмерных психофизических перегрузок, рациональном питании, проведении закаливающе-тренирующих мероприятий и т. д.

Необходимо также лечить у больного мигренью все другие заболевания, которые у него обнаруживаются. Эти, как говорят врачи, «сопутствующие» мигрени болезни если и не являются ее причиной, то значительно усугубляют тяжесть и частоту мигренозных приступов.

Профилактика мигрени заключается не только в предупреждении ее приступов, но и в общем оздоровлении организма больного. Мигрень, как уже знает читатель, в ряде случаев передается по наследству. Детей, родившихся от больных мигренью, врачи считают необходимым выделять в группу повышенного риска возможного развития болезни.

Такие дети должны быть под постоянным наблюдением врача-педиатра, специалиста по детской невропатологии для того, чтобы целым рядом профилактических мероприятий по возможности предотвратить воздействие на организм ребенка факторов, часто провоцирую-

щих появление мигренозных приступов. В ряде случаев именно таким путем удается не допустить того, чтобы патологическая наследственность родителей проявилась у потомства.

Нужно помнить, что вообще у детей система нейрогормонально-гуморальной регуляции всех функций, в том числе и внутримозговых сосудов, по сравнению со взрослыми людьми, является весьма несовершенной.

В силу незрелости ряда структур и функций мозга нервная регуляция часто выпускает из-под своего контроля гормонально-гуморальные регуляторные звенья. У детей и подростков отмечаются переходные периоды, во время которых, как правило, возникают явления нейроэндокринного дисбаланса, нарушения гармонии в сочетанной деятельности нервных и гормональных управляющих организмом систем.

Чаще всего эти физиологические переходные периоды относятся к возрасту 7—8 лет, а также к тому времени, когда ребенок становится подростком, — в 14—16 лет. У девочек переходный период приходится на возраст, при котором начинается менструальный цикл.

Как убедительно показывает медицинская практика, мигренозные приступы, как правило, появляются именно во время таких переходных периодов, на фоне нейроэндокринной дисгармонии.

Это представляется понятным, если учесть, что именно нарушения нейрогормонально-гуморальной регуляции и лежат в основе происхождения мигрени.

Стало быть, основной принцип профилактики при этом заболевании состоит в том, чтобы, с одной стороны, включить в систему предупредительных мер те, которые будут препятствовать дестабилизации и без того несовершенных регуляторных механизмов; с другой стороны, путем постоянных тренировок повышать устойчивость таких механизмов к разнообразным нагрузкам.

Попытаемся конкретизировать сказанное о профилактике.

Предупреждение мигренозных приступов у ребенка с повышенным риском развития болезни должно начинаться, как говорят, с пеленок. В первую очередь речь идет о правильном вскармливании и последующем кормлении.

Следует помнить, что избыток углеводов и жиров в пище — это ненужная и вредная для здоровья нагрузка на желудочно-кишечный тракт, печень, поджелудочную железу. Нарушение состояния этих органов в происхождении мигрени мы уже неоднократно обсуждали; когда говорили о желчнопузырной и печеночной мигренях, об участии печени и поджелудочной железы в образовании кининов, о роли кишечника в обмене серотонина, о гормонах поджелудочной железы — инсулине и глюкагоне, — в поддержании гомеостаза и т. п.

Целый ряд пищевых продуктов способствует освобождению связанного с тканями гистамина — гистаминлиберации. Особенно ненадежны в этом отношении клубника, раки, крабы, апельсины и т. д. Известно, что в шоколаде — излюбленном детском лакомстве — содержится тирамин и фенилэтиламин, которые также способны провоцировать мигренозный приступ.

Поэтому требуется тщательное обсуждение с врачом режима питания ребенка. Недопустимо перекармливание его, особенно сладкими, жирными блюдами (торты, пирожные, кремы).

Хотелось бы подчеркнуть, что не только подобного рода лакомства и деликатесы опасны. Роль провокатора мигрени может сыграть любое перекармливание — кашами, картофелем, мучными продуктами, животными жирами различного происхождения (коровье масло, свиное сало и т. п.).

А ведь часто приходится наблюдать, как любвеобильные бабушки и мамы буквально насильно запихивают в рот весьма упитанному ребенку бутерброд, более чем обильно смазанный маслом, жирную сметану, жареные блинчики да еще с повидлом и т. п.

Еще, к сожалению, живуче неправильное представление прежних времен о том, что толстый ребенок — это здоровый ребенок.

Не следует полагать, однако, что опасно только перекармливание. Другая сторона медали — это неправильное или неполноценное питание. Если в пище мало белков либо эти белки неполноценны, то в организм не попадает ряд аминокислот, которые являются предшествен-

никами биологически активных химических веществ — регуляторов гомеостаза.

Белковая недостаточность приводит также к недостатку строительных материалов, из которых строятся ткани ребенка, в том числе и нервная система.

Нехватка углеводов приводит к дефициту энергетических процессов в организме, что также отрицательно сказывается на обмене веществ.

Недостаток жиров, особенно растительных, являющихся предшественниками простагландинов, лишает организм биологически важных химических соединений.

То же относится и к разнообразным витаминам, микроэлементам. Часть из них входит в состав разных ферментов. В силу этого недостаточное поступление в организм витаминов и микроэлементов ведет к дефектам ферментативной деятельности, что, в свою очередь, приводит к нарушению нормального обмена веществ во всех органах, тканях, системах организма человека, создавая предпосылки для развития мигрени.

Большое значение в профилактике мигрени имеет уровень двигательной активности человека. Дефицит движения приводит к снижению обмена веществ в целом, в том числе активности симпатико-адреналовой системы.

Снижение функции симпатико-адреналовой системы — это, во-первых, недостаток катехоламинов, роль которых в регуляции внутримозговых сосудов уже достаточно хорошо известна, во-вторых, нарушение процессов адаптации, то есть приспособления к постоянно меняющимся условиям внешней среды, в том числе к различным вредностям и нагрузкам.

Напротив, чрезмерная двигательная активность ведет к истощению симпатико-адреналовых регуляторных механизмов, неоправданному повышению обмена веществ, энергетическому перерасходу.

Как сниженная, так и чрезмерная симпатико-адреналовая активность нуждается в определенной коррекции, тем более что у больного мигренью эта система, как правило, исходно находится в болезненно измененном состоянии.

Лучшим корректором двигательной активности являются физические упраж-

В. М. 1986/11

нения, тренирующие как двигательную активность, так и обменные процессы.

При проведении физкультурных занятий важно также не допускать избыточной нагрузки. Поэтому их необходимо проводить под контролем врача. Врач, исходя из конкретных особенностей страдающего мигренью, подберет для него такой двигательный режим, который, обеспечив тренирующее воздействие, не допустит как недогрузок, так и перегрузок. Тренировочные занятия постепенно приводят к оптимальному уровню функциональной активности симпато-адреналовой системы и нормализации обмена веществ.

В профилактике мигрени важное значение приобретает использование климатических факторов. У больных в силу страдания нейрогормонально-гуморальных регуляторных механизмов, обеспечивающих в норме оптимальное приспособление к смене климатических и погодных условий, как правило, возникают метеотропные патологические реакции (болезненные реакции на изменение метеорологической обстановки).

Поэтому перемена фронта погод, резкое изменение температуры окружающей среды, изменения влажности воздуха, скорости движения ветра, напряженности магнитного поля Земли, солнечной активности и т. п. влияют на течение болезни.

В одних случаях смена погодно-климатических условий может привести к ухудшению состояния (появление либо учащение мигренозных приступов), в других, напротив, — к улучшению (урежение либо исчезновение приступов).

Для того чтобы повысить устойчивость больного к изменению климатических условий, нужно применять минимальные по силе и времени тренирующие воздействия отдельных составляющих климата, постепенно наращивая как их силу, так и продолжительность.

Рассмотрим это положение на примере такого составляющего климат фактора, как температура окружающего воздуха. Всем известно, что на холоде сосуды суживаются, а в жару — расширяются. Это — нормальное явление.

Но в тех случаях, когда нарушается нейрогормонально-гуморальная регуляция сосудов, в том числе и у больных

мигренью, сосудистые реакции в ответ на воздействие низких или высоких температур могут выходить за рамки обычных, нормальных. Они могут быть парадоксальными (там, где в норме должно быть сужение — сосуды расширяются, и наоборот) и чрезмерными. Такого рода измененная сосудистая реактивность часто приводит к развитию мигренозных приступов.

Для того чтобы избежать появления патологических метеотропных реакций, используется постепенная тренировка больного к воздействию температурного раздражителя. Так, систематически применяются понижающиеся температурные воздействия, то есть больной постепенно привыкает к влиянию все более низких температур. Это достигается систематическим использованием температурных раздражителей в виде таких процедур, как обтирания, обливания, купания в прохладной воде.

Затем приступают к тренировке сосудистых реакций путем последовательного применения температурных раздражителей противоположного знака — так называемых термоконтрастных процедур. На первых этапах термоконтраст невелик — разница между теплым и прохладным температурным воздействием составляет 1—1,5 °C. С каждой процедурой контраст температур увеличивается на 1—1,5°, достигая к завершению цикла тренировки 5—8°.

В результате патологически измененная реактивность сосудов на температурный раздражитель постепенно нормализуется.

Теперь уже даже при резкой смене температуры внешнего воздуха у больного мигренью человека патологические метеотропные сосудистые реакции либо не возникают вообще, либо будут проявляться значительно мягче. Соответственно смягчатся и проявления мигрени.

Тренировка к воздействию таких факторов, как скорость движения ветра, изменение влажности, достигается путем систематического применения воздушных ванн. Даже к воздействию ультрафиолетового и инфракрасного спектров солнечного света можно повысить устойчивость человека, применяя солнечные ванны.

Следует помнить, что и ветер, и влажность воздуха, и ультрафиолетовые и инфракрасные спектры солнечного света

при неправильном, чрезмерном и нагрузочном их применении, особенно на фоне измененной сосудистой реактивности у больных мигренью, вместо пользы могут принести вред — обострить течение болезни.

Поэтому силу и время их воздействия также нужно повышать постепенно, наращивая их в процессе тренировки. Применение всех климатических факторов без соответствующих врачебных рекомендаций совершенно недопустимо.

Весьма полезным для больного мигренью является длительное пребывание на свежем воздухе, особенно на берегу моря или другого большого водоема. Здесь, как правило, в воздухе находится большое количество отрицательных гидроионов, оказывающих нормализующее влияние на сосудистую реактивность вообще и внутримозговых сосудов в частности. Полезны прогулки в лесах и парках (конечно, в тот период, когда в воздухе нет запахов, исходящих от цветущих растений и трав, могущих вызвать мигренозный приступ).

Часто приходится сталкиваться с вопросом: целесообразна ли смена климата, зоны проживания для больного мигренью? Однозначно на этот вопрос ответить невозможно. По-видимому, у большинства больных течение их болезни может быть значительно смягчено в зоне их постоянного проживания. Но у части больных, которые весьма подвержены влиянию метеотропных факторов, смена климата может быть целесообразной (конечно, после предварительной опытной проверки — длительного проживания в другом климатическом регионе).

Тщательное соблюдение климато-двигательного режима обязательно должно сочетаться с регулярной сменой нагрузки и отдыха, бодрствования и сна. Не должно быть «крена» ни в ту, ни в другую сторону, ибо, как уже говорилось, выход из привычного стереотипа жизни в сторону преобладания отдыха или сна тоже может «запустить» приступ.

Важным моментом в предупреждении мигрени является своевременное лечение других заболеваний, особенно хронических очагов инфекции в различных органах. Речь идет о хронических воспалительных заболеваниях глоточных и

нёбных миндалин, придаточных пазух носа, легких, печени, желчного пузыря, придатков матки, предстательной железы и т. д.

Любой длительно текущий воспалительный процесс расшатывает гомеостаз, сопровождается нарушением звеньев нейрогуморальной регуляции — развивается общая слабость, астения, нервное истощение. В области воспалительного очага появляется избыточное количество биологически активных веществ типа гистамина, бракинина, серотонина и т. п. Все это создает благоприятный фон для проявления мигрени.

Ослабляют организм острые инфекционные болезни, в том числе детские инфекции, травмы и другие хронические заболевания (малокровие, рахит, хронические болезни желудочно-кишечного тракта, глистные болезни и т. д.).

Особо следует отметить аллергические болезни — сенную лихорадку, крапивницу, бронхиальную астму, которые часто провоцируют мигрень, усугубляют тяжесть течения болезни, частоту приступов.

Особенно осторожно нужно подходить к проведению профилактических прививок при мигренях. Представляя собой аллергены, они у некоторых людей могут вызывать аллергическое состояние и вследствие этого — мигренозный приступ. Поэтому больной мигренью перед проведением профилактических прививок должен обязательно посоветоваться с врачом.

Наряду с указанными общими профилактическими мероприятиями при мигрени есть и специальные.

Так, в последние годы в предупреждении мигрени все большее значение получают психотерапевтические воздействия.

Прежде всего следует рассказать об использовании методов аутогенной тренировки. Аутогенная тренировка представляет собой систему психогигиенических и психотерапевтических упражнений, которые, воздействуя на психику больного, позволяют ему научиться по своему желанию управлять функциями ряда внутренних органов, в первую очередь состоянием сосудов.

Больной, овладевший приемами ауто-тренинга, может по собственному же-

ланию вызвать расширение либо сужение сосудов в заранее избранной им области своего тела, в том числе и сосудов головы. Нет необходимости говорить, насколько важно такое умение для человека, страдающего мигренью — болезнью, ядром которой является приступообразное изменение состояния внутримозговых сосудов.

Если человек может произвольно, по собственному желанию снять спазм либо уменьшить расширение мозговых сосудов, значит, он может сам, без лекарств, без каких-либо других лечебных воздействий не допустить либо купировать мигренозный приступ в самом начале его возникновения.

Какие же приемы аутотренинга разработаны для профилактики мигрени?

Первый способ — это способ предупреждения (либо купирования) приступа путем произвольного повышения температуры кожи рук.

Впервые об его успешном применении было сообщено в 1973 году. Суть метода состоит в том, что больной мигренью путем самовнушения с помощью приемов аутотренинга учится расслаблять у себя мышцы и повышать температуру кожи пальцев и кисти за счет расширения ее сосудов.

Специальные исследования показали, что большинство больных научаются вызывать у себя мышечное расслабление и тепло в коже рук на протяжении одной — восьми недель, несмотря на то что при мигренях способность произвольно вызывать расширение сосудов снижена по сравнению с контрольной группой испытуемых (то есть не страдающих мигренозными приступами).

В результате применения этого способа примерно у 80 % больных удается снизить интенсивность головной боли, уменьшить частоту и длительность приступов, значительно снизить количество ранее потребляемых для этой цели лекарств.

В свое время была выдвинута гипотеза, которая объясняла эффективность указанного метода перераспределением артериальной крови: за счет усиленного притока к коже рук кровь отливает от головы, что предупреждает либо купирует мигренозный приступ. Однако в

эксперименте эта гипотеза не подтвердилась.

Отдельными учеными высказывалось предположение, что повышение кожной температуры рук является как бы сигналом, который по принципу «обратной связи» ведет к соответствующему изменению функционального состояния сосудов мозга и его оболочек.

На основе принципа «обратной связи» в последние годы были созданы специальные медико-технические системы, помогающие больному самопроизвольно управлять состоянием внутримозговых сосудов. В одних случаях для обратной связи используется функция зрения. Для этого на расположенную близко к поверхности кожи височную артерию той стороны головы, где проявлялась мигренозная боль, накладывается специальный датчик, позволяющий регистрировать колебания этого сосуда.

Полученный сигнал с помощью технических средств усиливается и проецируется на экран, что дает возможность больному наглядно увидеть пульсацию сосуда, величину (амплитуду) колебательных движений сосудистой стенки.

Через органы зрения этот сигнал поступает в мозг больного; человек путем самовнушения, на основе приемов аутотренинга, обучается произвольно уменьшать амплитуду пульсации сосуда. В конце тренировочных занятий больные обычно утверждают, что они научились «контролировать» у себя головную боль, предупреждать наступление мигренозных атак.

В других случаях подобным же образом больной научается регулировать изменение калибра внутримозговых сосудов по регистрации биотоков мозга (электроэнцефалограмма) и, в частности, по выраженности так называемого альфа-ритма (основного ритма).

Еще в конце 50-х — начале 60-х годов нынешнего столетия предпринимались попытки лечить головные боли, в том числе являющиеся признаком мигрени, расслаблением мышц шеи и мышечных элементов кожи головы (так называемого скальпа).

В настоящее время созданы такие медико-технические системы, которые на основе того же зрительного канала обратной связи позволяют тренировать

степень расслабления мышц, управлять ими, регистрируя и проецируя на экран биотоки мышечного сокращения (электромиограмма). Для этой же цели используется и слуховой канал обратной связи — регистрируемые шумы, возникающие при сокращении мышц, усиливаются и «подаются» на орган слуха.

Научаясь произвольно изменять выраженность слухового сигнала, больные фактически учатся управлять расслаблением мышц и тем самым предупреждать и купировать мигрень.

В качестве способов вторичной профилактики мигрени широкое распространение получили также методы лечебного физического воздействия на больного в межприступном периоде.

Задача этих методов состоит в том, чтобы изменить реактивность внутримозговых сосудов в сторону ее нормализации, повысить их устойчивость к различного рода вредностям, могущим вызвать мигренозный приступ.

Известный советский невропатолог А. Е. Щербак предложил с этой целью производить физиопрофилактическое воздействие на так называемую воротниковую зону (область задней поверхности шеи и обоих надплечий, напоминающая по форме и размерам меховой воротник пальто). Указанное место воздействия выбрано потому, что именно здесь широко представлены многочисленные чувствительные окончания тех нервных образований, которые играют большую роль в регуляции кровообеспечения мозга и его оболочек.

Воздействием физического фактора (электрический ток, лечебная грязь, массаж и т. д.) на эти окончания можно добиться нормализации реакций сосудов мозга и его оболочек.

Как показали многочисленные исследования А. Е. Щербака, проведение курса физиопрофилактических воздействий на воротниковую зону у многих больных оказалось весьма эффективным — у некоторых приступы мигрени совсем прекратились, у других стали реже и мягче.

Другой активной зоной, через которую можно осуществить направленное влияние на состояние внутримозговых сосудов, является слизистая оболочка носа. Здесь также заложено большое количество нервно-воспринимающих прибо-

ров. Советскими учеными (Г. И. Маркелов, Г. Н. Кассиль) в качестве метода воздействия на эти приборы предложен интраназальный электрофорез (введение лекарственных препаратов в слизистую носа при помощи гальванического тока), который успешно применяется при вторичной профилактике мигрени в целях предупреждения обострений и рецидивов болезни.

Можно управлять функциональным состоянием сосудов мозга и его оболочек, применяя различные физические методы воздействия и на другие периферические нервные аппараты, принимающие участие в регуляции мозгового кровообращения, например на чувствительные окончания тройничного нерва в коже лица, шейные симпатические ганглии (зона боковой поверхности шеи). Эффективность таких воздействий в качестве профилактических мероприятий при мигрени показана в работах Н. И. Стрелковой, Л. Г. Ерохиной и их сотрудников.

Хорошо зарекомендовал себя в профилактике мигрени так называемый электросон, при котором осуществляется воздействие токами определенной формы и частоты через закрытые веки глаз на нервно-сосудистые аппараты мозга.

Аппарат «Электросон» генерирует электрические импульсы, которые, поступая в мозг, меняют ритм его функционирования, стимулируют выработку естественных противоболевых веществ — эндоморфинов, создают свою доминанту, которая перекрывает по силе мигренозную и, нормализуя реакции внутримозговых сосудов, препятствует проявлению приступов болезни.

В некоторых случаях целесообразно применение старинного восточного метода лечения — иглоукалывания.

Речь идет о воздействии специальными иглами (золотыми, серебряными, стальными) на особые точки, расположенные в различных участках тела. В наши дни эти точки получили название биологически активных — БАТ.

Сегодня для этой же цели на БАТ воздействуют электрическим током (электропунктура), массажем (точечный массаж) и многочисленными другими способами.

Интересно заметить, что, по сущест-

вующим преданиям, метод иглоукалывания в Древнем Китае получил начало именно с лечения головных болей. Легенда рассказывает, что крестьянин, мучившийся головными болями, обрабатывал землю в своем саду с помощью мотыги. Случайно мотыга «сорвалась» из рук и острым краем задела ногу. Головная боль у крестьянина тут же прошла. С тех пор и была открыта точка на ноге, воздействие на которую предупреждает появление головной боли.

При разработке лечебных методик ученые учитывают и то, что пусковым механизмом головной боли при мигрени часто является кислородное голодание тканей мозга и его оболочек, усиливающееся при изменении атмосферного давления.

Так, все более широкое распространение в предупреждении и лечении сосудистых заболеваний мозга, в том числе и мигрени, получает метод гипербарической оксигенации (насыщение крови кислородом под повышенным давлением в специальных барокамерах). В Киеве под руководством профессора Д. И. Панченко уже давно функционирует биотрон, в котором моделируется искусственный климат (определенный уровень атмосферного давления, температуры и влажности воздуха и т. д.).

Курсовое лечение в биотроне оказывается весьма эффективным для направленной тренировки сосудистых реакций мозга.

Важным для вторичной профилактики мигрени является использование санаторно-курортных лечебных факторов.

Сама по себе поездка на курорт — это и изменение климатических условий, привычной обстановки, и переход на отличающийся от домашнего режим, в том числе режим питания, и положительный эмоциональный заряд большой силы.

На курорте появляется возможность применить для оздоровления метода климатопрофилактики (прогулки в лесу или по берегу моря, воздушные, солнечные ванны, купания в реке или море), двигательной активности (занятия лечебной физкультурой, ближний и дальний туризм), психотерапии (аутогенная тренировка и т. д.). Здесь же, как правило, врачи прибегают к электробарнеогрязелечению, которое направлено на

нормализацию мозгового кровообращения, тренировку реактивности внутри-мозговых сосудов.

Мы, например, у больных, страдающих мигренью, в качестве средств вторичной профилактики применяли аппликации лечебной грязи на воротниковую зону — по 10—12 процедур на курс.

В дни, свободные от грязевого воздействия, назначались различные ванны. Тем больным, которые отличались склонностью к спазматическим реакциям сосудов, назначались сероводородные ванны, оказывающие выраженный эффект расширения кожных сосудов.

В тех случаях, когда больные, напротив, имели склонность к расширению сосудов, потере сосудистого тонуса, предпочтение отдавалось углекислым ваннам, которые оказывают тренирующее влияние на сосуды, препятствуют сосудорасширению.

Полезными могут оказаться и малые бальнеологические процедуры — ножные и ручные ванны (при погружении рук или ног в теплую воду происходит перераспределение крови в организме).

В сочетании с водолечебными процедурами врачи санаториев назначают больным электрические процедуры и массаж.

Курорт представляет благодатную возможность одновременно предпринять меры к лечению сопутствующих мигрени заболеваний, которые порой, как уже говорилось, утяжеляют течение болезни.

Здесь можно использовать питьевое лечение целебными водами для нормализации деятельности печени, желчного пузыря, желудочно-кишечного тракта; может быть проведено грязелечение воспалительных заболеваний половой сферы, которые часто играют роль «мигренозной занозы». Курортные факторы широко применяются для лечения хронических воспалительных процессов в глотке и придаточных пазухах носа (лечебные грязи, ингаляции) и т. д.

Эффективность применения курортных факторов в осуществлении вторичных профилактических мероприятий при мигрени доказывается не только клиническим эффектом (что, конечно, самое главное), но и рядом современных нейрофизиологических методов исследования, которые показывают нормализацию

функционального состояния сосудов мозга и его оболочек.

Одним из самых распространенных и эффективных способов вторичной профилактики мигрени является медикаментозный, то есть применение лекарственных препаратов.

Казалось бы, что общего между длительным приемом медикаментов и профилактикой, можно ли называть такой способ профилактическим? Оказывается, можно и нужно.

Современная медицина весьма активно пропагандирует медикаментозную профилактику ревматизма, повышения артериального давления, атеросклероза и ряда других болезней. Мигрень не составляет в этом плане исключения.

Препаратов, предложенных для предупреждения мигренозных атак, немало — несколько десятков. Однако применять их следует только в тех случаях, когда мигренозные приступы возникают очень часто. Если же приступы относительно редкие или если их удастся предотвратить без медикаментов, то использовать лекарства для этого вряд ли целесообразно.

Следует также подчеркнуть, что совершенно недопустим самостоятельный, без врачебного назначения, прием лекарств. Современные препараты настолько активны, обладают столь широким спектром действия, что их необоснованное применение может привести к очень серьезным отрицательным последствиям в состоянии здоровья.

Все лекарства, применяемые для вторичной профилактики мигрени, условно подразделяются на две группы: основные и вспомогательные.

К основным относятся: препараты спорыньи; медикаменты, направленные на подавление эффекта серотонина (противосеротониновые); лекарства, блокирующие воспринимающие окончания (рецепторы) нервов, обеспечивающих сосудистую регуляцию мозга (бета-блокаторы); фармакологические средства, снижающие восприятие боли центральными структурами мозга, меняющие реакции больного на боль; меняющие свойства мозговых механизмов, которые связаны со склонностью к периодическому изменению его функционального состояния (противоэпилептические препараты).

К вспомогательным препаратам относятся: лекарства, блокирующие эффект брадикинина (противобрадикининные); способствующие общему успокоению (транквилизаторы) и мышечному расслаблению (миорелаксанты); средства, расширяющие сосуды мозга; гормональные препараты, влияющие на функциональное состояние сосудов мозга и его оболочек, и т. п.

Границы между основными и вспомогательными препаратами чисто условны. В некоторых случаях лекарство, отнесенное к вспомогательным средствам, может стать основным. Это зависит от того, какой именно регуляторный механизм у данного конкретного человека нарушен.

Нужно сказать, что в научной литературе мнения об эффективности тех или иных противомигренозных средств весьма сильно расходятся: от восторженных отзывов до полного отрицания фармакологического эффекта и утверждения, что применение лекарств у наблюдаемых больных находится в рамках чисто «психотерапевтического феномена».

Как всегда и во всем, крайние точки зрения и здесь оказываются несостоятельными. Препараты, несомненно, эффективны, но только в том случае, если они по своим фармакологическим свойствам обеспечивают ликвидацию нарушений, лежащих в основе происхождения мигрени у данного больного.

Самыми древними противомигренозными препаратами являются лекарства, приготовленные из паразитирующих на ржи грибов «маточных рожков». Они представляют собой алкалоиды спорыньи.

Действие алкалоидов спорыньи состоит прежде всего в сужении сосудов мозга и его оболочек, повышении сосудистого тонуса. Поэтому при склонности к расширению сосудов и пониженному напряжению их стенок у больных мигренью эти лекарства оказывают профилактический эффект.

Вытяжки из спорыньи получены еще в 80-е годы прошлого столетия; в 20-е годы нашего века выделен в чистом виде препарат эрготамин. Однако он не всегда хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте; иногда у него бывают и побочные действия — тошнота, боли в животе. Для того чтобы улучшить вса-

сывание эрготамина и уменьшить его побочные действия, врачи комбинируют это лекарство с кофеином.

С большей эффективностью и без побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта применяется подъязычно другой препарат спорыньи — ригетамин. Следует упомянуть также дигидроэрготамин. Его рекомендуют применять для вторичной профилактики мигрени на протяжении нескольких месяцев — от 25 до 35 капель три раза в день либо использовать препарат в виде таблеток, принимаемых под язык.

Иногда рекомендуют применять эрготамин вместе с алкалоидами красавки (белладонны) и производным барбитуровой кислоты — фенobarбиталом. Этот препарат называется у нас белламиналом.

Если препараты плохо воспринимаются желудком, то их можно применять в виде свечей, обеспечивая всасывание через слизистую прямой кишки.

Некоторые врачи назначают эрготамин вместе с кофеином, амидопирином, люминалом, витамином B₁₅ (эрготамин — сосудосуживающее средство, кофеин — сосудорасширяющее, амидопирин — обезболивающее, люминал — противопароксизмальный, противоэpileптический препарат).

Нужно помнить, что беременность, послеродовой период, недостаточность почек (которые выводят препараты), печени (где они обезвреживаются), артериальная гипертензия, склонность к спазмам сосудов, особенно сердца, сетчатки глаза, мозга, рук и ног, являются противопоказанием для приема эрготамина.

Вторая группа препаратов имеет направленное противосеротониновое действие. Некоторые ученые считают самым эффективным препаратом против мигрени метисергид.

Его систематическое применение для вторичной профилактики мигрени помогает на 70 % сократить число приступов, что сравнительно с другими препаратами является самым высоким показателем эффективности. Лечение продолжается полтора-два месяца, затем дозировка препарата постепенно снижается.

Нужно помнить, что внезапная отмена метисергида может спровоцировать тяжелый приступ мигрени. Препарат не

лишен побочных действий — это прежде всего желудочно-кишечные расстройства, бессонница, иногда галлюцинации, поражение мочеточников, которое выражается в их резком уплотнении и затруднении из-за этого выведения мочи. Могут наблюдаться явления привыкания к препарату, что подчас приводит к наркомании. Поэтому метисергид не рекомендуется принимать более трех месяцев — полугода. Ряд исследователей считает и этот срок слишком большим.

К этой же группе препаратов относится сандомигран, который обладает не только антисеротониновым, но и противогистаминным эффектом. Он же действует как антагонист ацетилхолина, стабилизирует сосудодвигательные реакции, оказывает антидепрессивный эффект. Применение лекарства примерно у 20 % больных вообще прекращает приступы, у 75 % дает определенное улучшение.

Препарат врачи назначают по таблетке три раза в день. Прием его длится до трех месяцев, после чего нужен перерыв. Важно подчеркнуть, что лекарство не только уменьшает и снимает головную боль, но и благоприятно влияет на настроение больных. К побочным действиям относятся усиление аппетита и повышение массы тела. Имеется еще ряд лекарств подобного действия (лисенил и т. п.).

В конце 60-х годов было отмечено, что больные, получающие так называемые бета-блокаторы для улучшения ритма работы сердца, понижения артериального давления (речь идет о широко известных кардиологическим больным препаратах — обзидане, анаприлине и др.), испытывают облегчение, если они страдают и мигренью. Дальнейшие исследования показали, что эти лекарства являются весьма эффективными средствами для вторичной профилактики мигрени.

Блокируя бета-рецепторы сосудов мозга, указанные препараты предупреждают их расширение, которое часто лежит в основе мигренозного приступа. Некоторые исследователи утверждают, что бета-блокаторы дают положительный эффект в плане предупреждения мигренозных атак у 60 % больных. Противопоказания к их приему — бронхиальная астма, бронхит, пониженное артериаль-

ное давление, язвенная болезнь. Нельзя сочетать бета-блокаторы с эрготамином.

Многие годы для лечения больных гипертонической болезнью применяются такие лекарства, как клонидин. Эти препараты через центральную нервную систему тормозят сужение сосудов, в том числе и сосудов мозга (блокаторы центральных сосудодвигательных рефлексов).

Установлено, что они тормозят также действие тирамина, который принимает участие в реализации мигренозного приступа. При мигрени, сочетающейся с повышенным кровяным давлением, препараты применяют ежедневно на протяжении длительного времени; эффект достигается примерно у 50—60 % больных. Побочные явления, которые могут быть при приеме клонидина, — сухость во рту, сердцебиение, общая слабость.

Неплохие результаты дают также антидепрессанты (препараты, снимающие плохое настроение) — амитриптилин, меллипрамин, особенно при мигрени, которая возникает по ночам, во время перехода от медленной к быстрой фазе сна. Эти препараты способствуют истощению норадреналина и серотонина, которые, как было показано выше, часто провоцируют мигрень.

Следует помнить, что амитриптилин в большей мере истощает серотонин, чем норадреналин. Амитриптилин врачи сначала предписывают больным принимать только перед сном. Профилактический эффект отмечен у 70 % больных. Побочное действие — сухость во рту, задержка мочи, сонливость.

Противоэпилептические средства назначаются тем больным мигренью, у которых обнаруживают склонность к приступообразно возникающим в мозге изменениям, регистрирующимся на электроэнцефалограмме в виде активности, подобной эпилептической. В последнее время особенно рекомендуются такие противоэпилептические препараты, как производные карбамазепина (тегретол, финлепсин). Принимают их от 3 до 6 таблеток в день.

Нужно помнить, что человек, принимающий эти препараты, должен быть весьма осторожен: ему нельзя в период лечения управлять машиной и другими движущимися механизмами, так как

лекарства меняют реакцию центральной нервной системы в сторону ее затормаживания.

Учитывая роль брадикинина как одного из факторов, способствующих возникновению приступа, при мигрени назначают и противобрадикининные препараты — такие, как пармидин (ангинин).

Из успокаивающих препаратов целесообразно применение реланиума (седуксена), элениума и др. Их использование особенно показано при профилактическом лечении тех больных, которые наряду с мигренью страдают неврозом. Облегчая проявления невроза, эти лекарства тем самым тормозят провоцирующий мигрень «психический» фактор и улучшают состояние больных. В какой-то мере эти препараты снимают напряжение мышц головы, которое, как правило, сочетается с мигренозным приступом. Непосредственного же действия на механизмы, лежащие в основе мигрени, они не оказывают.

Исходя из того факта, что при мигрени, как правило, фаза сужения сосудов и оболочек мозга предшествует фазе расширения их, иногда целесообразно использовать сосудорасширяющие средства — папаверин, но-шпу, препараты никотиновой кислоты. Особенно хороший эффект папаверин оказывает у детей (эффект достигается у 80 % больных). У взрослых лучшие результаты дают препараты никотиновой кислоты. У некоторых больных сосудорасширяющие препараты могут вызвать обратный эффект, провоцируя приступы мигрени.

Что касается гормонов, то их применение возможно только при условии точного определения гормонального «зеркала». Без этого гормональная терапия представляется весьма опасной. Поскольку при менструальной мигрени, как правило, в организме находят избыточную выработку женского полового гормона (эстрогена), считают оправданным назначение препарата противоположной направленности — мужского полового гормона тестостерона.

Список лекарственных средств, применяемых для вторичной профилактики мигрени, может быть продолжен.

Следует еще раз подчеркнуть, что выбор того или иного препарата должен

осуществлять только врач, которому известны и «слабые места» в нейрогормонально-гуморальной регуляции сосудов мозга данного конкретного больного и особенности действия, в том числе и побочные реакции того или иного препарата. Врач должен осуществлять и самый строгий контроль в процессе длительного приема лекарств. Самолечение больных мигренью недопустимо.

При упорнейших мигренозных приступах, когда не помогает нормализация образа жизни, физиотерапевтические процедуры и лекарства, когда никак не удается справиться с болезнями, буквально инвалидизирующими больного, в качестве крайнего средства вторичной профилактики иной раз прибегают и к нейрохирургическим вмешательствам.

Несколько чаще применяются различные блокады, например звездчатого симпатического узла в области шеи на стороне мигрени, позволяющие прервать цепочку идущих от него патологических импульсов, вызывающих приступ мигрени и т. п. Некоторые врачи воздействуют с этой же целью на звездчатый узел локальным (местным) рентгеновским излучением (так называемая рентгенотерапия).

Таковы сегодня основные направления и возможности вторичной профилактики мигрени.

Ну а если приступ мигрени все же начался, как его оборвать? В таком случае нужно:

обвязать голову тугим платком (вспомним, что боль вызывается избыточными колебаниями сосудистой стенки, увеличением амплитуды их колебаний; тугой платок, по-видимому, препятствует этому);

выпить крепкий чай или кофе (находящийся там кофеин снимает спастические сосудистые проявления);

сделать горячие ножные ванны либо горчичники (уменьшить тем самым избыточное кровенаполнение мозга за счет перераспределения крови — прилива ее к ногам);

уйти в отдельную комнату, закрыть оконные ставни, задернуть шторы, потушить свет (светозвуковые раздражители усиливают боль), лечь в постель, укрыться теплым одеялом и попытаться уснуть.

У некоторых больных этих мер быва-

ет достаточно, чтобы приступ мигрени прошел.

Иногда врачу удается помочь больному снять приступ мигрени с помощью однократного сеанса иглоукалывания, электропунктурного воздействия на биологически активные точки, путем массажа воротниковой зоны и головы, которые рефлекторным путем нормализуют кровоснабжение мозга и его оболочек.

Однако большинству людей купировать мигренозный приступ без лекарств пока, к сожалению, не удается.

Борьбу с болью при мигренозном приступе по рекомендации врачей начинают обычно с приема болеутоляющих средств, например аспирина, амидопирина, анальгина.

Еще не так давно было непонятно, как же действует давно известная ацетилсалициловая кислота (аспирин) при болях. Ведь это одно из самых первых веществ, синтезированных химиками для лечебных целей. Уже сотни лет было известно, что настои из листьев плакучей ивы унимали боли в суставах, давали хороший эффект при лихорадке. Выделенную из листьев кислоту называли салициловой (ива по-латыни — *salix*).

Долгое время объяснения этому не было.

Лишь исследования последних лет показали, что в основе лечебного действия лежит блокада синтеза простагландинов на самом начальном этапе их образования из ненасыщенных жирных кислот (в частности, арахидоновой кислоты). Вспомним, что простагландины являются пусковым звеном в образовании химических веществ, вызывающих боль. Поэтому препятствие к их синтезу оказывает противоболевой эффект.

По мнению ряда ученых, для того чтобы снять боль, достаточно одной десятой грамма аспирина (обычная же таблетка содержит, как правило, полграмма). Аналогичным образом действует и индаметацин (метиндол).

Казалось бы, решение проблемы найдено. Однако выяснилось, что во время мигренозного приступа возникает нарушение всасывания внутрь многих лекарств, принимаемых через рот, в том числе и аспирина; часть его может удаляться со рвотой, которая столь часто сопутствует мигрени.

Вот чем объясняется в ряде случаев отсутствие эффекта от приема этих препаратов при мигрени. Увеличивать же дозы аспирина небезопасно, ибо в этом случае могут проявиться и его отрицательные свойства — нарушение целостности слизистой желудка вплоть до образования язв, возникновение разжижения крови и появление склонности к повышенной кровоточивости.

Врачи пытаются «обойти» обнаруженные препятствия. Чтобы эффективно помочь больному, они, во-первых, рекомендуют сочетать прием аспирина с другими медикаментами, которые так или иначе позволяют усилить его действие (например, с фенамином — стимулятором мозговой деятельности). Во-вторых, назначают препараты таким образом, чтобы миновать желудок — путем инъекций, свечей, ингаляций и т. д. Снять мигренозный приступ помогают и такие лекарства, как бруфен, парацетамол и др.

Старейшим и эффективнейшим средством, которое применяется не только для вторичной профилактики, но и для купирования мигренозного приступа, являются препараты спорыньи. Для усиления эффекта их также часто рекомендуют принимать в сочетании с другими лекарствами (аспирином, кодеином и др.), вводят путем инъекций либо свечей.

При тяжелом течении мигрени необходимо вызвать врача, а порой и госпитализировать больного в больницу. Здесь возможно наладить наиболее эффективное капельное введение препаратов, применить инъекции сернокислой магнезии (оказывает временное противоотечное, сосудорасширяющее действие, снижает порог нервно-сосудистой возбудимости), гормональные препараты, например преднизолон (снимает отек, оказывает противогистаминный эффект), произвести спинномозговую пункцию, которая способствует «разгрузке» мозга при повышенном давлении спинномозговой жидкости, и т. д.

Следует подчеркнуть, что стратегия лечения больного мигренью должна строиться на принципе недопущения и предупреждения приступов, ибо каждый приступ оказывается небезразличным для последующего функционирования мозга.

Вот и подошел к концу наш рассказ о мигрени, о том, как на протяжении столетий менялись представления об этом, казалось бы, так хорошо известном человеку еще с древнейших времен заболевании.

Бытовавший еще совсем недавно взгляд на мигрень как на ангионевроз под напором достижений современной науки уступил место представлениям об этом заболевании как о болезни всего организма, проявляющейся сложным комплексом нарушений различных звеньев нейрогормонально-гуморальной регуляции сосудов мозга и его оболочек.

С появлением новых методов физиологического, биохимического, иммунологического исследований, с появлением новейшей аппаратуры, основанной на самых последних достижениях физики, электроники, кибернетики, стало возможным заглянуть в скрытые процессы, лежащие в основе мигрени, выявить дефектные звенья в сложном комплексе регуляторных систем конкретно у каждого больного.

Этот поиск в глубину продолжается.

Сейчас серьезно поколеблен еще вчера казавшийся незыблемым принцип полной обратимости тех изменений, которые возникают в мозге больных после каждого мигренозного приступа.

В этих условиях особенно возрастает роль профилактических мероприятий при мигрени.

Сегодняшняя медицина располагает методами предупреждения мигрени, базирующимися на современных научных достижениях.

Система этих мер направлена на повышение устойчивости человека к вредным факторам путем различного рода тренировок, закаливания, общего укрепления и оздоровления организма.

Успех на путях профилактики возможен только в том случае, когда правильно и своевременно обнаруживается то нарушение или сумма их в организме человека, которые приводят к мигрени, если, конечно, правильно подобран комплекс профилактических мероприятий. А это может сделать только врач. Поэтому для достижения оптимальных результатов таким больным необходимо находиться под

постоянным врачебным контролем и наблюдением.

Если автору удалось доступно показать читателю всю значимость и сложность проблемы мигрени, привлечь внимание к ней людей, самих страдающих, этой болезнью либо наблюдающих ее у родственников и близких, вселить в них оптимизм и приобщить к регулярной профилактике, он будет считать свою задачу выполненной.

3 1 1 E

История 3

На врачебный прием мать привела подростка — девочку 14—15 лет. Девочка эта, назовем ее Женей, в разговоре была весела, оживленна, охотно шутила, смеялась. Внешне она не производила впечатление больного человека. Быть может, только кожа лица была у нее бледнее, чем у большинства сверстниц. Основной повод для визита — это периодически возникающие «половинные» головные боли с тошнотой и рвотой на высоте приступа, которые участились в последний год. Они стали настолько частыми (один-два раза в неделю), что начали серьезно осложнять жизнь Жени — мешать ей готовить уроки, отдыхать с друзьями, читать, а порой и ходить в школу.

Мать Жени рассказала: «Головные боли появились у девочки еще в детстве с семилетнего возраста. Они периодически на 12—14 часов выводили ребенка из строя. Уже тогда наблюдавший Женю врач диагностировал у нее мигрень. Однако в семье это заключение в ту пору никого не встревожило: я сама, моя мать и бабушка периодически страдали мигренью, свыклись с этим и знали, что «медицина лечить такие состояния бессильна».

С началом у Жени менструального цикла — а это у нее произошло с десятилетнего возраста — головные боли стали беспокоить девочку чаще, примерно один раз в месяц, но и тогда на это серьезного внимания не обратили: сказывалась семейная «традиция». Но теперь, когда обычно живая, веселая, энергичная девочка чуть ли не через каждые четыре-пять дней находится в подавленном настроении, когда у нее снижена работоспособность, когда ей, как она это постоянно говорит, «ничего не хочется и ничего не может», это уже не на шутку стало всех волновать».

Внимательно выслушав рассказ мамы и подробно расспросив девочку о характере головной боли, о динамике развития приступа, учитывая сведения о проявлениях мигрени у близких родственников больной по женской линии, мы посчитали, что наиболее вероятный диагноз, о котором можно думать в данном случае, — это мигрень.

Осмотрев девочку и не обнаружив при клиническом осмотре признаков изменений центральной нервной системы, в надежде найти фактор или сумму факторов, которые вызвали столь заметное учащение приступов мигрени, я все же принял решение провести обследование своей пациентки с помощью доступных лабораторно-инструментальных методов.

Проведенные исследования отклонений от нормы не выявили, однако в обычном общем анализе крови была обнаружена так называемая эозинофилия (увеличение по сравнению с нормой форменных клеточных элементов крови, называемых эозинофилами). А эозинофилия очень часто является весьма информативным показателем аллергизации организма, обусловленной самыми различными причинами, в том числе и чаще всего — глистной инвазией, нахождением в организме человека паразитирующих глистов.

Получив данные исследования крови, я вновь вызвал Женю и ее маму для беседы. Последовали новые, на этот раз уже прицельные вопросы, которые дали основания заподозрить у девочки глистное заболевание. Мама сообщила, что она в последнее время неоднократно стала отмечать, как во время сна Женя

«скрежещет зубами», что после ночного сна у нее бывает мокро на подушке (слюнотечение), что она иногда испытывает ощущения подташнивания.

Исследования кала на яйца глистов выявили наличие паразитирующих у Жени круглых червей — аскарид. По нашему совету было проведено противоглистное лечение. Удаление глистов весьма благоприятно сказалось на состоянии здоровья Жени — головные боли у нее хотя и не прошли полностью, но стали

значительно реже. Они вновь стали появляться у подростка только в день начала менструального цикла.

Случай этот поучителен тем, что удаление глистного аллергена позволило осуществить предупреждение значительного числа мигренозных приступов. Существенно улучшилось состояние больной на фоне применения мер вторичной профилактики.

Не такой уж бессильной оказалась в данном случае медицина!

Даниил Наумович ВАЙСФЕЛЬД

МИГРЕНЬ: ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Главный отраслевой редактор А. Нелюбов

Редактор Б. Самарин

Мл. редактор Л. Щербакова

Худож. редактор М. Гусева

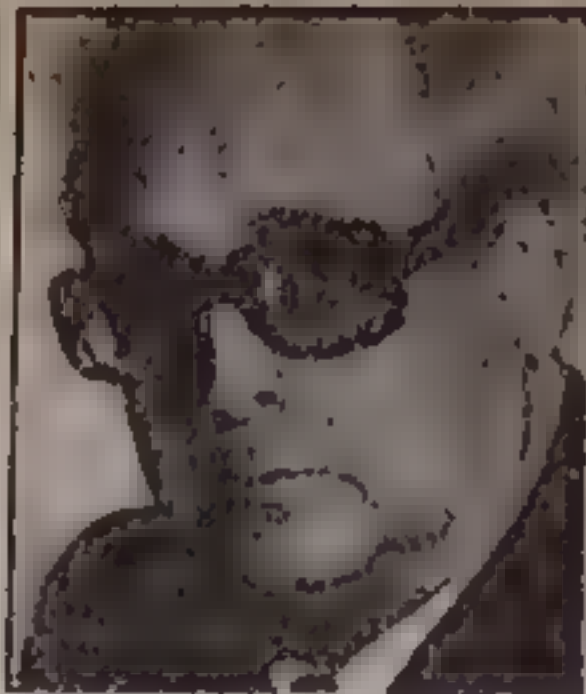
Техн. редактор Т. Луговская

Корректор Н. Мелешкина

ИБ № 8185

Сдано в набор 23.04.86. Подписано к печати 18.04.86. А 00346.
Формат бумаги 70×100¹/₁₆. Бумага тип. № 3. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,45.
Уч.-изд. л. 4,60. Тираж 1302700 экз. Заказ 1086. Цена 15 коп.
Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 866307.
Ордена Трудового Красного Знамени
Чеховский полиграфический комбинат ВО «Союзполиграфпром»
Государственного комитета СССР
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
142300, г. Чехов Московской области

7^а - 6



Вайсфельд Даниил Нау-
мович — главный невро-
патолог Одесского совета
по управлению курорта-
ми, кандидат медицин-
ских наук. Свыше 30 лет
работает в области лече-
ния и реабилитации нев-
рологических заболева-
ний. Д. Н. Вайсфельд яв-
ляется автором 7 книг и
более 100 научных работ,
посвященных вопросам
диагностики, клиники и
лечения заболеваний ве-
гетативной нервной систе-
мы, сосудистых болезней
мозга. В течение многих
лет является членом
Одесского областного от-
деления общества «Зна-
ние». Активно занимается
популяризацией медицин-
ских знаний.

НАРОДНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ

В. М. ЛЫКОВ

ДО ВЫЗОВА
» Скорой «



ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

ДОРОГА КАЖДАЯ МИНУТА

ПРОИЗОШЛА ТРАВМА ...

ЧТОБЫ НЕ БЫЛО БЕДЫ



ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

11 / 86

В. М. Лыков

ДО ВЫЗОВА «Скорой»

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Набирая «ОЗ»	3
С чего начать	9
Внезапная смерть	17
Травмы, травмы...	22
Заключение	45
Наша информация	46

Автор: В. М. ЛЫКОВ — врач.

Рецензенты: Е. С. Черник — доктор медицинских наук;
Д. Я. Горенштейн — кандидат медицинских наук;
А. С. Кузнецов — кандидат медицинских наук.

Лыков В. М.

Л 88 До вызова «Скорой». — М.: Знание, 1986. —
48 с. — (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 11).

15 к.

Автор брошюры знакомит читателей с приемами оказания первой доврачебной помощи при несчастных случаях и различных повреждениях. В брошюре описываются меры, облегчающие состояние пострадавшего, защищающие его от дальнейшего действия вредных для здоровья факторов. Рассказано также об особенностях работы «Скорой медицинской помощи» в нашей стране.

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

4110000000

ББК 51.1(2) 2

ПРЕДИСЛОВИЕ

Здоровье — это одна из главных предпосылок гармоничного развития человека и вместе с тем важнейший фактор повышения эффективности производства и производительности труда. Заболеваемость же становится тормозом на пути гармоничного развития человечества, наносит огромный экономический урон народному хозяйству.

Охрана здоровья людей — задача поистине всенародная. В нашей стране она решается комплексом социально-гигиенических и медицинских мер. И в этом комплексе огромная роль принадлежит самому человеку. К сожалению, в сохранении и укреплении здоровья еще незначительное место занимает личностный фактор.

Вот почему активное влияние на человека, вооружение его необходимыми медицинскими знаниями приобретает все возрастающее значение. В структуре этих знаний важную роль должны занимать знания по оказанию первой медицинской помощи, в частности при травмах.

Травмы наносят ощутимый ущерб человеку в отпращивании жизненно важных функций. Правильно оказанная первая помощь не только влияет на тяжесть, продолжительность и исход заболевания, но и в ряде случаев спасает жизнь, предупреждает инвалидность.

Необходимость в оказании первой медицинской помощи возрастает от года к году. О том, что это так, говорят следующие факты. Травматизм в наше время среди других заболеваний занимает третье место после сердечно-сосудистой и онкологической патологии. Практика свидетельствует, что главной причиной смерти у мужчин в возрасте 35—45 лет является травматизм.

Нередко говорят, что лучше вызвать «Скорую», чем самим оказывать помощь

при несчастных случаях, дабы не навредить пострадавшему. Подобное мнение неверно по существу, так как «Скорая» может в идеальном случае прийти через 10—15 минут. А положительный эффект от проведения мероприятий, например, по оживлению возможен лишь в течение первых 3 минут с момента клинической смерти. До приезда «Скорой» надо всегда стремиться облегчить состояние больного.

Цель настоящей брошюры — дать минимальный, но достаточный объем сведений о наиболее часто встречающихся повреждениях и мерах первой помощи при несчастных случаях.

У медиков бывают отвратительные дни и часы — когда они чувствуют, что бессильны перед болезнью, понимают, что человека можно было бы спасти, получи он необходимую помощь в первые секунды после несчастья. Но как часто, увы, тот, кто находится рядом с больным, теряется и не знает, что надо делать. Пусть же каждый из нас станет надежным помощником врачей.

Борьба с травматизмом складывается из двух частей: профилактики и лечения. Профилактика травматизма — это предупреждение самой возможности получить травму, а при наступившей травме требуется лечение. В это понятие входит не только устранение болезненных изменений от повреждения, но и предупреждение осложнений, эффективным методом которого является оказание первой помощи.

Для облегчения поиска нужных данных классификация травм в соответствующих разделах представлена в алфавитном порядке.

НАБИРАЯ «03»

Номер этого телефона — «03» — заучивают, как правило, с малых лет и помнят потом всю жизнь. Он может понадобиться неожиданно, когда случается беда и на счету минуты. Произошел несчастный случай, и мы кидаемся к телефону, чтобы набрать спасительное «03».

«Скорая» слушает...» — раздастся в трубке, и становится чуть-чуть спокойнее: сейчас тебе помогут, вызволят из беды, спасут! И это действительно так. Служба «Скорой помощи» — организация осо-

бая. Она нацелена на необычные, или, как говорят врачи, экстремальные, ситуации, когда недуг принимает угрожающий характер.

Нёмного истории. Человечество всегда стремилось к облегчению страданий жертвам несчастных случаев. Понятие о скорой медицинской помощи существовало еще в глубокой древности. До нас дошли сведения о том, что на дорогах, по которым двигались большие массы пилигримов, создавались убежища для нуждающихся в экстренной помощи. Позднее подобные убежища развертывались на главных караванных путях.

В XII веке рыцари Иерусалимского ордена св. Иоанна в Англии основали благотворительное общество, в задачи которого входило оказание первой помощи пострадавшим от несчастных случаев. В XV веке в Голландии появились организации скорой помощи утопающим.

Рост городов и бурное развитие промышленности неудержимо влекли за собой увеличение числа несчастных случаев. Возникла потребность в создании особой, хорошо организованной службы скорой помощи, которая могла бы в считанные минуты оказываться на месте происшествия. Однако государства неохотно откликались на эту потребность, и поэтому первые формирования скорой помощи возникали по инициативе частных лиц.

Лишь значительно позднее, когда «Скорая» стала заявлять о себе, городские самоуправления стали оказывать ей поддержку. Но заметим, в ряде капиталистических стран Запада до сих пор основную роль в деле оказания экстренной помощи играют добровольные общества.

Организация скорой помощи окончательно выделилась только в конце XIX века. И толчком, пусковым механизмом к тому служили, как правило, трагические обстоятельства. 8 декабря 1881 года во время спектакля в зрительном зале венского театра комической оперы вспыхнул пожар. Погибло около 500 человек. Десятки обожженных людей часами лежали на улице в ожидании медицинской помощи. Но она так и не пришла. Ее не было. И это в Вене, городе с прекрасно оборудованными клиниками и больницами!

Потрясенный страданиями несчастных, профессор-хирург Яромир Мунди на другой день выступил инициатором создания организации, которая оказывала бы экстренную помощь при несчастных случаях. Организацию называли станцией скорой помощи.

В первый год она оказала медицинскую помощь свыше 2 тысячам пострадавшим и завоевала у населения огромную популярность. Деятельность станции вскоре обратила на себя внимание во многих странах Европы. В Варшаве в 1897 году было создано общество скорой помощи, при котором открылась станция скорой помощи по типу венской.

Затем появилась такая станция в Одессе. Небезынтересна причина ее возникновения. У единственной дочери одесского богача Толстого во время еды в ротоглотке застряла рыбья косточка. Перепуганный отец объездил все больницы города, пока нашел нужного врача. А позже, узнав, что в Вене есть особая служба, призванная оказывать немедленную помощь при несчастных случаях, Толстой поехал в Вену, изучил там работу станции скорой помощи, а вернувшись в Одессу, организовал такое учреждение в городе.

В Москве станции скорой помощи открылись в 1898 году на пожертвования благотворительницы А. И. Кузнецовой. Содержались они при полицейских частях. На места происшествия выезжали фельдшера в сопровождении полицейских.

В 1899 году станции скорой помощи были организованы в Петербурге, в 1902 году — в Киеве.

В 1915 году скорая медицинская помощь имелась лишь в 13 городах, ночные дежурства врачей — в 20, помощь на дому — в 34 городах страны.

Однако к началу Великой Октябрьской социалистической революции многие станции, в том числе и в Москве, прекратили свое существование. Лишь Советская власть вдохнула живую струю в новую систему организации здравоохранения.

Первая советская станция скорой медицинской помощи

В постановлении Советского правительства от 22 декабря 1917 года «О

страховании на случай болезни», в частности, обращалось особое внимание на «первоначальную помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях».

11 июля 1918 года В. И. Ленин подписал Декрет Совета Народных Комиссаров об организации Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Под руководством Н. А. Семашко и З. П. Соловьева были разработаны основные организационные формы службы скорой медицинской помощи.

В июле 1919 года коллегия врачебно-санитарного отдела Московского Совета приняла решение об открытии в Москве на базе Шереметьевской больницы станции скорой помощи. Был подобран штат врачей и фельдшеров. Из трофейных частей был собран автомобиль, явившийся первой санитарной машиной. И 15 октября 1919 года врач В. А. Кругликова приняла первый вызов. Так начала работать первая советская станция скорой медицинской помощи.

Организационная работа находилась в стадии становления, поэтому на первых порах к телефону подходили сами врачи и записывали вызовы. Единственный автомобиль прибывал из гаража в Миуссах на Сухаревку за врачом и уже отсюда отправлялся по вызову. Быстрота, разумеется, была относительной, но и это в то время считалось уже достижением. Станция скорой помощи работала круглосуточно, дежурство несли два врача.

Летом 1921 года в Москве разразилась сильнейшая эпидемия брюшного тифа. Для перевозки больных прибыло несколько автомобилей с фронта. При Мосгорздраве образовали Центропункт, который просуществовал до 1923 года, а затем слился со станцией скорой медицинской помощи.

Главным врачом станции стал А. С. Пучков. «Встав на эту почетную и высокую должность, я почувствовал себя генералом без армии», — писал он впоследствии. Действительно, в организационном плане станция делала первые робкие шаги. А. С. Пучков энергично взялся за ее строительство и через семь лет превратил станцию в образцовое учреждение этого рода.

Аналогичные учреждения стали создаваться и в других городах. К 1924 году, например, в стране уже насчиты-

валось 33 станции, к 1926 году — 68, а к 1939 году их было уже 1049.

Важное значение имел тот факт, что в 1923 году в Москве на базе Шереметьевской больницы образовался Институт скорой помощи имени Н. Ф. Склифосовского, призванный заложить основы теории и практики новой отрасли советского здравоохранения. Станция скорой медицинской помощи стала отделением института.

По мере роста материально-технической базы совершенствовалась и система службы скорой помощи, отрабатывались новые формы работы, дифференцировались задачи. Расширение Москвы, например, потребовало иного подхода к организации службы. Расположенная в центре города, станция уже не могла удовлетворять потребности населения окраин.

В отдаленных районах столицы были созданы подстанции, тесно связанные с центральной станцией, ибо вызов на подстанцию передавался только оттуда и все руководство подстанциями осуществлялось главным врачом станции. Оборот санитарных машин сразу резко возрос. На место происшествия они стали прибывать через 6—7 минут после вызова.

В 1937 году первая Всероссийская конференция по скорой помощи подвела итоги проделанной работы. Наметила новые рубежи и перспективы развития. В 1938 году Наркомздрав утвердил «Единое положение о работе станций скорой помощи в городах».

Опыт службы скорой медицинской помощи, накопленный в предвоенное время, оказался очень ценным в годы Великой Отечественной войны. Бригады скорой помощи руководили организацией спасательных работ после бомбежек, проводили сортировку и эвакуацию пострадавших. Учреждения скорой помощи дали фронту десятки тысяч хирургов и терапевтов, прошедших хорошую подготовку в мирное время.

Благодаря самоотверженной работе советских врачей здравоохранение страны, в том числе и служба скорой помощи, с честью справилось со своими задачами, результатом чего явилось возвращение в строй 72,3 % раненых, свыше 90 % больных солдат и офицеров.

В последующие годы развитие советского здравоохранения шло по пути

массового строительства лечебно-профилактических учреждений, широкого их материально-технического оснащения, активной подготовки кадров.

Наряду с увеличением санитарного автопарка происходит улучшение оснащения современной медицинской аппаратурой и инструментарием. Для оказания скорой медицинской помощи населению отдаленных и труднодоступных районов создана сеть станций санитарной авиации. Организована служба спасения на водах.

Сейчас нет такого города или поселка, который не располагал бы станцией, отделением или больницей скорой медицинской помощи.

Принципиально новым этапом явилось создание больниц скорой помощи, объединенных со станциями, что значительно повысило уровень оказания экстренной помощи, способствовало улучшению условий для специализации и повышения квалификации врачей.

В настоящее время в СССР насчитывается свыше 4 тысяч станций и отделений скорой и неотложной помощи, где работают более 30 тысяч врачей. Успешно функционирует более 80 специализированных больниц. К больным и пострадавшим выезжают кардиологические, противошоковые, токсикологические, травматологические, неврологические, акушерско-гинекологические, педиатрические бригады, бригады интенсивной терапии.

Имея в своем распоряжении современную аппаратуру, инструментарий, большой ассортимент медикаментов, владея современными приемами выведения больных из угрожающих жизни состояний, сотрудники этих бригад оказывают квалифицированную помощь на месте, а также обеспечивают своевременную госпитализацию в профильные стационары.

В своей работе станции скорой и неотложной медицинской помощи руководствуются следующими принципами: доступность, оперативность, бесплатность, полнота объема первой помощи, беспрепятственная госпитализация в специализированное лечебное учреждение.

Небезынтересно познакомиться с организацией работы станций скорой и неотложной медицинской помощи.

Структура станций. Крупная станция скорой и неотложной помощи — это

сложное внебольничное медицинское учреждение, состоящее из отделов и подразделений станции является оперативный отдел, от четкости работы которого зависит своевременный выезд бригад к внезапно заболевшим и пострадавшим.

Оперативный отдел осуществляет прием вызовов и организует их исполнение. Вызов от населения принимает эвакуатор по единому телефону «03» и передает их диспетчеру, который, в свою очередь, группирует наряды по срочности исполнения и районам поступления, а затем по телефону сообщает о них на подстанции выездным бригадам. Эвакуатор, принимая вызов, может задать вопросы, на которые набравший номер «03» должен ответить.

Набирая «03», необходимо назвать свою фамилию, телефон, адрес и возраст больного, кратко сообщить, что случилось с ним. Эти и другие сведения дают возможность определить, какая бригада (линейная или специализированная) потребуется, и установить ближайшую подстанцию, которая ее направит к больному.

Руководит всей оперативной деятельностью станции старший дежурный врач. Только он может принять решение об отказе в вызове, разумеется обоснованном.

Обратим внимание читателя и на такую деталь. В зависимости от причины, повлекшей за собой вызов, наряды регламентируются и дифференцируются. В первую очередь (не позднее чем через 4 минуты) выездные бригады направляются к месту несчастного случая, произошедшего на улице и в общественных местах, а также туда, откуда поступили сигналы о «болях в сердце», «болях в животе», «кровотечении», о родах.

Отдел госпитализации ведет учет коечного фонда в городе и обеспечивает планомерную экстренную госпитализацию в соответствии с наличием свободных мест, профилем медицинского учреждения и местонахождением больного, выполняет заявки врачей больниц и поликлиник на перевозку больных в специализированные лечебные учреждения.

Отдел госпитализации рожениц и острых гинекологических больных осуще-

ствяет экстренную перевозку женщин, нуждающихся в родовспоможении и срочной гинекологической помощи. Он принимает заявки как от врачей лечебно-профилактических учреждений, так и непосредственно от населения. Наряды выполняют акушерки.

Инфекционный отдел занимается перевозкой больных и ведает распределением мест в инфекционных больницах. Он имеет свой транспорт и выездной персонал. Сведения о больных и пострадавших, доставленных в больницы машинами скорой помощи, накапливает справочное бюро, которое дает справки как по телефону, так и при личной явке граждан.

Непосредственную помощь больным и пострадавшим оказывают выездные бригады подстанций, находящиеся в различных районах города. Мощность и расположение подстанций определяются временем прибытия бригады в любую точку закрепленной зоны — не позднее 15 минут с момента получения вызова. Бригады подразделяют на два вида: скорой медицинской помощи и бригады перевозки больных в лечебные учреждения. В свою очередь, бригады скорой медицинской помощи могут быть линейными и специализированными. В среднем машина скорой помощи затрачивает на обслуживание одного вызова 38 минут.

В большинстве крупных населенных пунктов скорая медицинская помощь складывалась и развивалась по принципу территориального деления с учетом архитектурно-планировочного районирования. Этот принцип предполагает создание центральной станции скорой медицинской помощи и сети районных подстанций, которые дислоцируются по всей территории города, с учетом численности населения, массового скопления людей, интенсивности движения автотранспорта.

В сельских районах страны служба скорой помощи строится по-разному, в зависимости от местных условий. Как правило, станция работает на правах отделения центральной районной больницы.

Здесь круглосуточно дежурит несколько санитарных машин, вызовы выполняют как врачи, так и фельдшера. Если населенные пункты удалены от рай-

онного центра, дежурные машины располагаются на территории участковых больниц и получают наряды по радио или телефону с районной станцией.

Деятельность станций скорой и неотложной медицинской помощи регламентируется нормативными актами Министерства здравоохранения СССР. В зависимости от количества выездов, выполняемых за год, станции подразделяются на шесть категорий: внекатегорийная (свыше 100 тысяч выездов в год), первой категории (100—75 тысяч выездов), второй категории (75—50 тысяч выездов), третьей категории (50—25 тысяч выездов), четвертой категории (25—10 тысяч выездов), пятой категории (10—5 тысяч выездов). Станции третьей — пятой категории размещаются при крупных городских и центральных районных больницах и работают на правах отделений.

Эффективность экстренной медицинской помощи во многом определяется быстротой санитарных машин и техническим оснащением выездных бригад.

Сейчас на их вооружении находится современная портативная аппаратура: лечебно-диагностическая, наркозно-дыхательная. Широкое применение нашли аппараты для искусственной вентиляции легких, электрокардиографы, лабораторный инвентарь для экспресс-анализов. Инструменты, медикаменты, перевязочный материал комплектуют в специальный переносный ящик-укладку, который при необходимости легко доставляется к месту происшествия.

Для быстрого распознавания санитарная машина имеет отличительные признаки: бело-желтый цвет и надпись на красной полосе в центре кузова «Скорая медицинская помощь», световой фонарь, специальный сигнал-сирену.

Автомобили скорой помощи имеют право преимущественного проезда по улицам. Водители при выполнении оперативных заданий могут превышать установленную скорость и пересекать перекрестки независимо от сигнала светофора, но при этом они обязаны соблюдать все меры по сохранению безопасности движения.

«Скорая медицинская помощь» — понятие собирательное, которое подразуме-

вает, во-первых, материально-техническую базу (помещение, оборудование, штаты, транспорт), во-вторых, комплекс мероприятий по организации экстренной помощи, в-третьих, методы и приемы оказания медицинской помощи в критической для жизни человека ситуации.

При оказании экстренной медицинской помощи учитываются «неотложные состояния», под которыми понимают изменения в организме человека, приводящие к резкому ухудшению здоровья, а иногда угрожающие жизни. Схематично их можно представить так:

существует реальная угроза жизни, которая без своевременной медицинской помощи может привести к смертельному исходу;

реальной угрозы жизни нет, но поскольку патологическое состояние прогрессирует, критический момент может наступить в любое время;

реальной угрозы жизни нет, но при отсутствии экстренной помощи в организме могут произойти стойкие изменения;

угрозы жизни нет, но есть необходимость облегчить страдания больного.

От населения в 1000 человек за сутки поступает в среднем от 241 до 327 вызовов, причем мужчины прибегают к услугам скорой помощи в 1,5 раза чаще, чем женщины. На долю внезапных заболеваний приходится около 80 % всех вызовов, на долю несчастных случаев — до 10 %. Прибегать к услугам скорой медицинской помощи заставляют преимущественно пять классов болезней:

- системы кровообращения;
- органов дыхания;
- пищеварения;
- отдельные симптомы;
- неточно обозначенные состояния.

Основным местом вызова при несчастных случаях и внезапных заболеваниях стала квартира. Второе место занимают уличные травмы.

В год станции скорой и неотложной помощи выполняют более 70 миллионов вызовов.

В течение суток вызовы распределяются следующим образом: с 1 до 6 часов — минимальное количество обращений, с 16 до 23 часов — максимальное. Как правило, чаще всего люди обращаются за помощью зимой.

Все эти факторы принимаются во внимание службой скорой помощи и при повседневной организации выездов к внезапно заболевшим непременно учитываются.

Заканчивая разговор об организации и работе службы скорой помощи в нашей стране, нельзя не сказать о роли современной науки в практике скорой медицинской помощи.

Достижения медицины и здравоохранения коренным образом повлияли на характер оказания скорой помощи. Создание специализированных бригад, например, резко изменило подход к лечению острого инфаркта миокарда.

Научные исследования, проведенные в клиниках, позволили сделать вывод о возможности и целесообразности транспортировки больных инфарктом миокарда независимо от сроков и тяжести заболевания, что привело к резкому снижению смертности при кардиогенном шоке.

Решаются вопросы создания специализированных центров реанимации по лечению ишемической болезни сердца, отравлений и т. д. Предложены новые специфические способы и методы оказания первой помощи.

При Академии медицинских наук СССР функционирует научный совет «Скорая и неотложная медицинская помощь», задача которого заключается в дальнейшем совершенствовании теории в области неотложных состояний.

В составе указанного совета работают две самостоятельные проблемные комиссии «Научные основы скорой медицинской помощи» и «Научные основы реаниматологии». Головными учреждениями этих проблемных комиссий являются Московский городской ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского и Научно-исследовательский институт общей реаниматологии АМН СССР.

Ученые указанных двух учреждений успешно ведут изыскания по целому ряду направлений. В частности, они изучают и научно обосновывают объем и характер скорой медицинской помощи в городах различного типа, определяют потребности населения в различных видах скорой и неотложной помощи. Ученые также работают над совершенствова-

нием организационных форм деятельности станций скорой и неотложной помощи и т. д.

Важным рычагом ускорения научного прогресса в здравоохранении явилось создание на базе Института имени Н. В. Склифосовского Всесоюзного научно-методического центра по организации скорой медицинской помощи в стране.

Станции скорой и неотложной помощи работают круглосуточно, медицинская помощь предоставляется бесплатно, она доступна всем. Это великое наше достижение. Однако некоторые граждане им злоупотребляют, обращаясь за скорой помощью без достаточного повода.

Надо помнить, что скорая медицинская помощь — служба, рассчитанная на экстремальные ситуации, а это значит, что она в минимальный срок должна успевать к тем, кто в ней действительно нуждается.

С ЧЕГО НАЧАТЬ

Случилось непредвиденное: человеку срочно понадобилась медицинская помощь. Набран номер «03». Машина с красным крестом и мигающими световыми сигналами выехала по вызову. Сколько она будет в пути? Пять, десять, пятнадцать минут — тех самых роковых минут, которых может оказаться достаточно для наступления в организме необратимых изменений.

Поэтому до прибытия «Скорой» необходимо сделать все, чтобы облегчить участь пострадавшего. А как? Прежде всего нужно знать принципы оказания первой помощи и технику выполнения элементарных медицинских манипуляций при различных повреждениях.

Первая медицинская помощь. Что это такое? Это не что иное, как комплекс срочных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастных случаях или внезапном заболевании, проводимых на месте происшествия самим пострадавшим (самопомощь) или другим человеком, находящимся поблизости (взаимопомощь).

Первая помощь главным образом направлена на облегчение страданий больного и на борьбу с осложнениями повреждений, цель которой:

оживление человека при внезапной смерти (искусственная вентиляция легких способами «изо рта в рот» или «изо рта в нос», наружный массаж сердца);

временная остановка наружного кровотечения путем наложения повязок или кровоостанавливающего жгута;

предупреждение вторичного инфицирования ран путем наложения асептических повязок или подручных средств;

транспортная иммобилизация переломов костей конечностей, позвоночника и таза с помощью подручных средств;

переноска и транспортировка пострадавших.

Вот краткое описание самых необходимых манипуляций для оказания первой медицинской помощи.

После тяжелых травм и большой потери крови у человека может внезапно остановиться сердце и прекратиться дыхание. Чтобы вернуть пострадавшего к жизни, нужно воспользоваться приемами искусственной вентиляции легких и закрытого массажа сердца.

Без свободной проходимости дыхательных путей невозможно выполнить вентиляцию легких, а следовательно, реанимация будет неэффективной. Первое мероприятие по спасению жизни человека — это восстановление проходимости дыхательных путей.

Самой частой причиной непроходимости дыхательных путей у пострадавших в бессознательном состоянии является западение языка. Предупредить западение языка можно максимальным запрокидыванием головы пострадавшего.

Искусственную вентиляцию легких проводят выдыхаемым воздухом человека. Такой воздух содержит 16—18 % кислорода, достаточного для обогащения крови.

Пострадавшего укладывают на спину, расстегивают воротник и пояс, рот и нос покрывают платком. Оказывающий помощь опускается на колени, поддерживает одной рукой шею пострадавшего, другую кладет ему на лоб и максимально запрокидывает его голову назад, делает глубокий вдох, плотно зажимает нос пострадавшего, а затем прижимает свои губы к его губам и с силой вдвухает воздух в легкие до тех пор, пока грудь не начнет подниматься. В минуту



Рис. 1. Искусственная вентиляция легких способом «изо рта в рот»



Рис. 2. Искусственная вентиляция легких способом «изо рта в нос»

производят 12—16 таких вдуваний (рис. 1).

Если челюсти пострадавшего не удастся раздвинуть, то пользуются способом «изо рта в нос», то есть вдувание производят через нос, закрыв при этом рот пострадавшего ладонью (рис. 2).

При оказании помощи ребенку губами одновременно охватывают рот и нос. Воздух вдувают в отличие от взрослых в меньшем количестве. Частота дыханий у детей должна быть 18—20 в минуту.

После одного вдувания производят 4—5 надавливаний на грудину — осуществляют наружный массаж сердца. Для этого нащупывают нижний конец грудины, на два пальца выше этого места кладут левую ладонь, а на нее правую и ритмично сдавливают грудную клетку, производя 60—70 надавливаний в минуту.

При надавливании на область сердца

происходит уменьшение объема полостей и повышение внутрисердечного давления. Благодаря разнице давления в полостях сердца и отходящих от него кровеносных сосудов, кровь изливается в аорту и легочные вены. При расправлении сердца объем его увеличивается, внутрисердечное давление снижается и сердце заполняется кровью из входящих в него сосудов.

Так с помощью массажа создается искусственное кровообращение. Наружный массаж сердца может быть эффективным только при одновременном проведении искусственной вентиляции легких. Наружному массажу сердца должен обучиться каждый человек и пользоваться им в любой ситуации (рис. 3).

Искусственную вентиляцию легких и наружный массаж сердца целесообразно проводить вдвоем до появления самостоятельного дыхания и сердцебиения.

Наложение повязок. Для защиты раны от вторичного микробного загрязнения на нее накладывают асептические повязки. В качестве перевязочного материала лучше всего использовать индивидуальный стандартный пакет; при отсутствии такового рану покрывают стерильной салфеткой или тканью. Поверх нее кладут вату или валик из бинта и туго прибинтовывают.

При бинтовании надо соблюдать ряд правил. Во-первых, бинтуемая часть тела должна быть хорошо доступна, неподвижна, так как даже незначительные движения способствуют смещению туров бинта. Во-вторых, бинтуемому месту придается среднефизиологическое положение. Так, пальцы фиксируют в положении легкого сгибания, локтевой сустав сгибают под прямым углом, плечо бинтуют при небольшом отведении, тазобедренный и коленный суставы — в чуть согнутом положении, стопу фиксируют под прямым углом к голени.

Во время бинтования периодически спрашивают у больного (если он в сознании) об удобстве повязки, не ограничивает ли она движений, не оказывает ли сильного давления. Бинтуют поврежденное место обеими руками: левая удерживает туры бинта, правая — раскатывает его. Чаще всего бинтование начинают слева направо, снизу — вверх. Каждый тур бинта закрывают последую-



Рис. 3. Искусственная вентиляция легких способом «изо рта в рот» и непрямой массаж сердца



Рис. 4. Круговая, или циркулярная, повязка на предплечье и голень



Рис. 5. Спиральная повязка на плечо



Рис. 6. Бинтовая повязка на предплечье и голень с перегибами туров



Рис. 7. Крестообразная повязка на кисть и голеностопный сустав

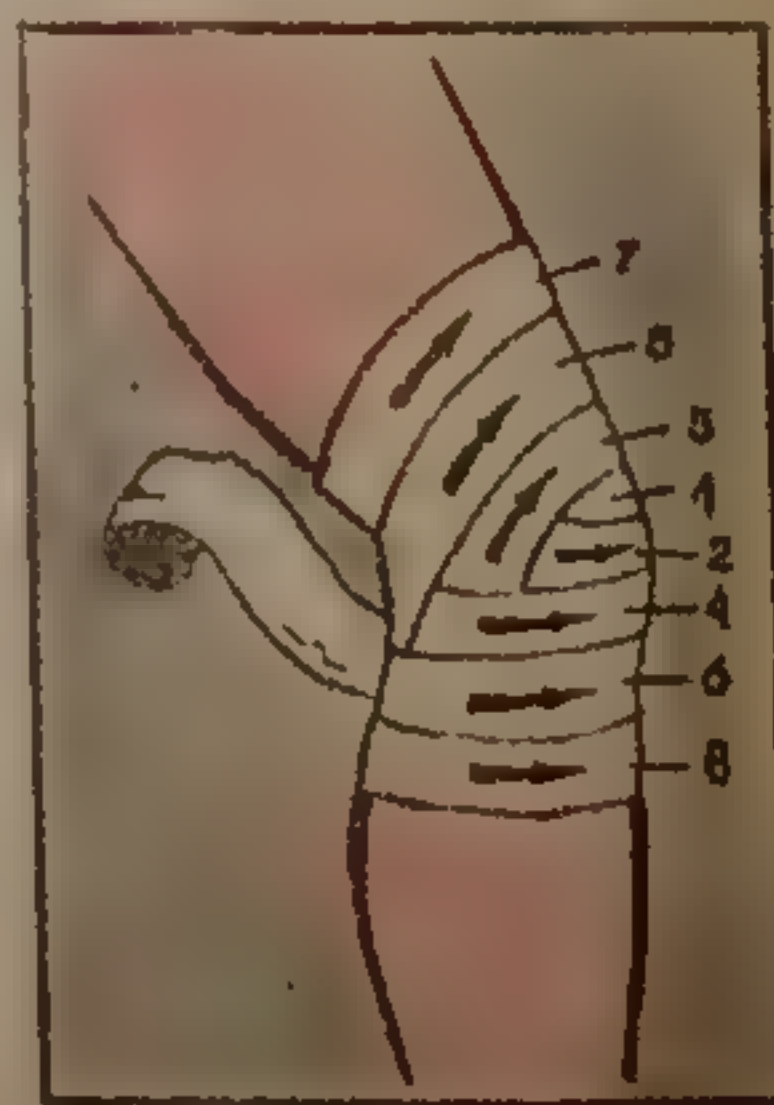
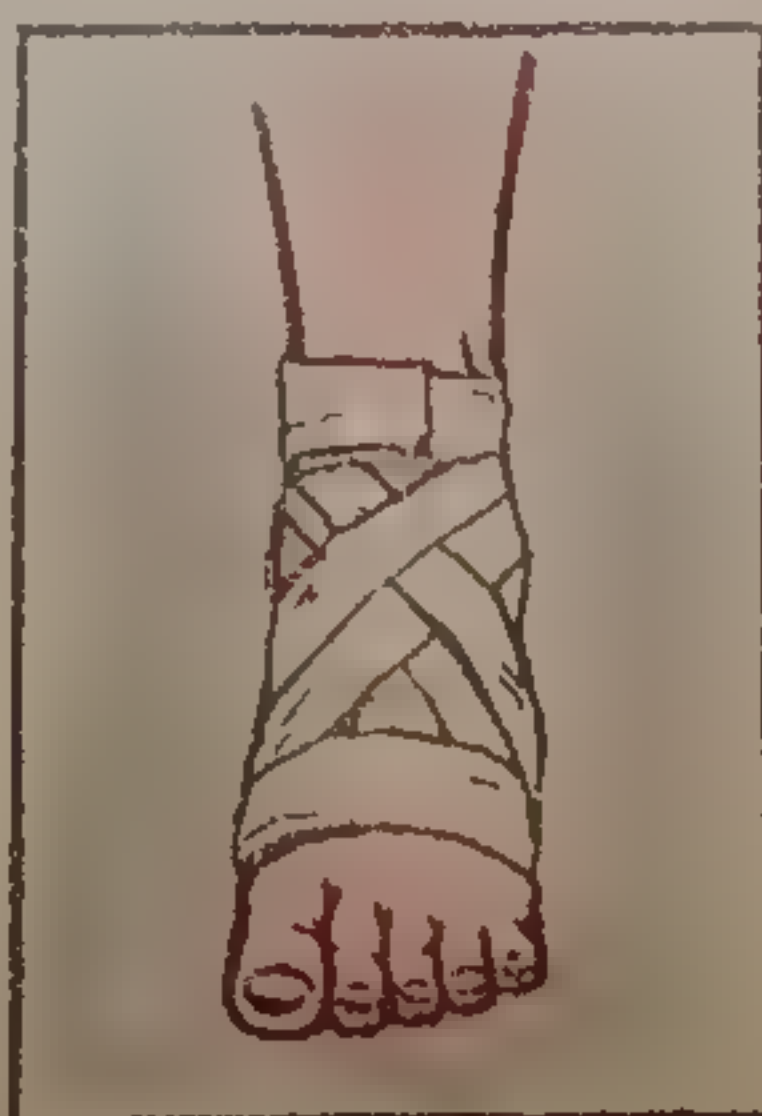


Рис. 8. Крестообразная повязка на коленный сустав (цифрами на рисунках указана последовательность наложения туров бинта)

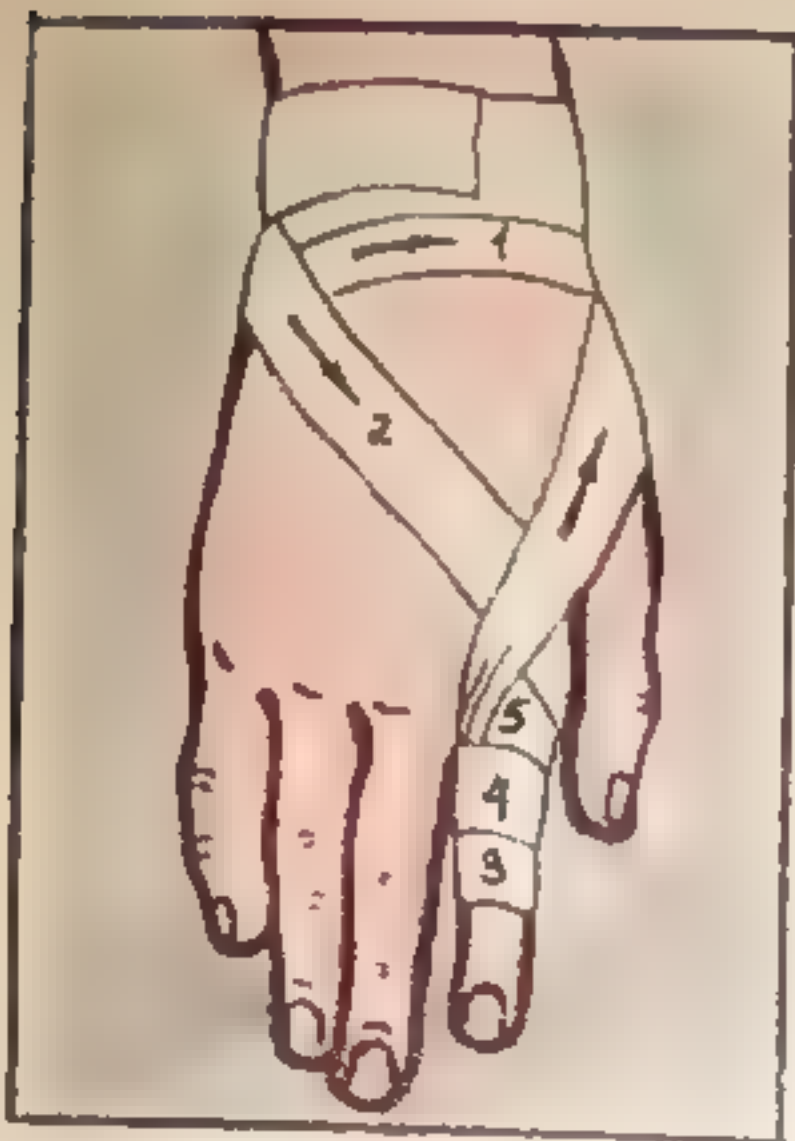


Рис. 9. Спиральная повязка на палец.



Рис. 10. Возвращающая повязка на кисть

щим ходом наполовину. Наложенную повязку закрепляют тем же бинтом, конец которого разрывают по длине, и обе половины связывают вокруг повязки на здоровой стороне.

Хорошо наложенная повязка не спадает и не препятствует кровоснабжению, но останавливает кровотечение.

Наиболее часто при оказании первой медицинской помощи приходится накладывать следующие повязки.

При повреждении запястья или нижней трети голени рекомендуется круговая или циркулярная повязка (рис. 4), при которой туры бинта покрывают друг друга.

На плечо накладывают спиральную повязку (рис. 5). Туры бинта ведут снизу вверх.

Предплечье или голень бинтуют снизу вверх с перегибом бинта, что обеспечивает ей плотное прилегание (рис. 6).

На голеностопный сустав или кисть рекомендуется крестообразная повязка (рис. 7), при которой туры бинта напоминают цифру 8.

Коленный или локтевой суставы бинтуют тоже крестообразно (рис. 8), но туры бинта перекрещивают на сгибательной поверхности сустава (в локтевой или коленной ямке).

На палец руки накладывают спиральную повязку: после двух-трех циркулярных туров вокруг запястья бинт шириной 3—4 сантиметра по тыльной поверхности кисти ведут к кончику пальца, отсюда спиралевидными поворотами забинтовывают весь палец до основания. Конец бинта закрепляют в области запястья (рис. 9).

Для бинтования кисти применяют такую же повязку. Вначале бинт крепят у запястья. По тыльной стороне спускают его на пальцы и вертикальными ходами закрывают всю кисть с тыла и ладони, а с конца кисти бинт поворачивают в горизонтальное положение и так бинтуют до запястья (рис. 10).

Четыре пальца стопы, кроме первого, можно забинтовать аналогично. Первые туры бинта закрепляют выше лодыжки, затем ведут бинт по подъему к пальцам, перегибают два-три раза туда и обратно и фиксируют поперечными турами вокруг стопы. Закрепляют бинт над лодыжкой (рис. 11).

Для первого пальца стопы рекомендуется спиральная повязка. Туры бинта ведут циркулярно выше лодыжки, затем по подъему к пальцу и бинтуют его спирально (рис. 12).

Косыночная повязка (рис. 13) применяется при обширных повреждениях кисти, стопы, а также для подвешивания верхних конечностей с целью придания им покоя при транспортировке.

Косыночную повязку на кисть накладывают при ампутации пальцев, ожогах, отморожениях. Кисть помещают на середину косынки так, чтобы основание пришлось на предплечье, а концы косынки были со стороны ладони. Верхушку косынки подводят к внутренней стороне, а концы — к наружной стороне предплечья и завязывают (рис. 14).

Косыночную повязку на стопу накладывают при отморожении, ожогах, ранениях. Стопу помещают на середину косынки, основанием закрывают пальцы



Рис. 11. Возвращающая повязка на стопу

Рис. 12. Спиральная повязка на палец стопы

Рис. 13. Косыночная повязка на предплечье и кисть

Рис. 14. Косыночная повязка на кисть

Рис. 15. Косыночная повязка на стопу

Рис. 16. Подвешивание руки на косынку

и тыл стопы, а верхушку через пятку подтягивают к голени и оставшиеся два конца завязывают вокруг голени (рис. 15).

Подвешивание руки на косынку (рис. 16) производится при переломах плеча, предплечья, ожогах, обширных травмах мягких тканей после их иммобилизации шинами. При этом конечность сгибают в локтевом суставе под прямым углом, концы косынки завязывают на задней поверхности шеи, а верхушку прикалывают булавкой.

Наложение жгута. Эта процедура —

наиболее быстрый способ временной остановки артериального кровотечения. Манипуляция показана только при массивном артериальном кровотечении из сосудов конечности. При отсутствии ленточного резинового жгута можно использовать подручный материал: поясной ремень, платок, полотенце, веревку, резиновую трубку.

Жгут накладывают на плечо, предплечье, голень, бедро выше места кровотечения и по возможности ближе к ране (рис. 17). Место предполагаемого расположения жгута обертывают полотенцем или куском материи (чтобы не ущемлялась кожа). Жгут подводят под внутреннюю поверхность конечности, делают 2—3 оборота и затягивают до полной остановки кровотечения. Жгут хорошо закрепляют, в противном случае он может расслабиться, а кровотечение возобновиться.

Ниже жгута (при правильном его наложении) кожа приобретает бледный оттенок, пульсация на сосудах не определяется.



Рис. 17. Наложение жгута на голень

Напомним: жгут резко сдавливает ткани и нервные стволы, а это грозит параличом и даже ее омертвением. Поэтому через каждые 20—30 минут его расслабляют, чтобы частично возобновилось местное кровообращение. Перед ослаблением жгута артерию прижимают пальцами выше места ранения.

Под жгут обязательно кладут записку с указанием в ней точного времени его наложения, так как держать его можно не более 2 часов на нижней конечности и не более 1,5 часа — на плече. В холодное время года время наложения жгута сокращается. После наложения жгута пострадавшего немедленно транспортируют в лечебное учреждение.

Часто для остановки кровотечения используют так называемую закрутку из подручных средств (ремень, веревка, полотенце): концы названных предметов свободно связывают выше, раны, подкладывают небольшой валик из ткани, а в образовавшуюся петлю вставляют палочку и с ее помощью жгут закручивают до тех пор, пока не остановится кровотечение. После чего палочку фиксируют (рис. 18).

Обработка ссадин и ран. Цель этой процедуры состоит в том, чтобы остановить кровотечение и защитить рану от проникновения инфекции. Обработка раны на месте происшествия способствует быстрому заживлению и предупреждению осложнений.

В первую очередь поверхностные раны промывают струей воды, чтобы удалить частицы земли, ржавчины и т. д. Иностранные тела обязательно извлекают, а рану промывают 3 %-ным раствором

перекиси водорода. При отсутствии перекиси водорода можно воспользоваться бледно-розовым раствором марганцовокислого калия.

Волосы вокруг раны сбривают, края раны смазывают йодной настойкой, а затем накладывают повязку. Бактерицидный пластырь накладывают не дольше чем на сутки. Обычным же лейкопластырем рану не заклеивают.

Прижатие сосуда на протяжении. Эта мера первой помощи является незаменимой при ранении конечностей. Прижатие сосуда осуществляется четырьмя пальцами по ходу артерии выше места кровотечения, ниже — при ранении вены (рис. 19).

Прижатием пользуются при повреждении крупных артериальных или венозных сосудов, когда требуется немедленно остановить кровотечение и выиграть время для ликвидации кровотечения другими способами.

Сосуды прижимают в следующих типичных местах (рис. 20):

височную артерию — впереди мочки уха;

сонную артерию — к позвоночнику у середины внутреннего края грудиноклюично-сосцевидной мышцы;

подключичную артерию — к первому ребру;

плечевую артерию — к плечевой кости;

бедренную артерию — к лобковой кости;

заднюю большеберцовую артерию — позади внутренней лодыжки.

Кровотечение из подколенной, локтевой и подмышечной областей останавливают способом максимального сгибания конечностей.

Рану, естественно, закрывают куском бинта или материи.

Артериальный сосуд прижимают большим пальцем, ладонью, кулаком.

Однако длительная остановка кровотечения прижатием сосуда невозможна, так как это утомительно для оказывающего помощь и практически исключает возможность транспортировки.

Наложение шин (транспортная иммобилизация). При переломах, ранениях, ожогах конечностей большое значение имеет транспортная иммобилизация: она придает травмированной части

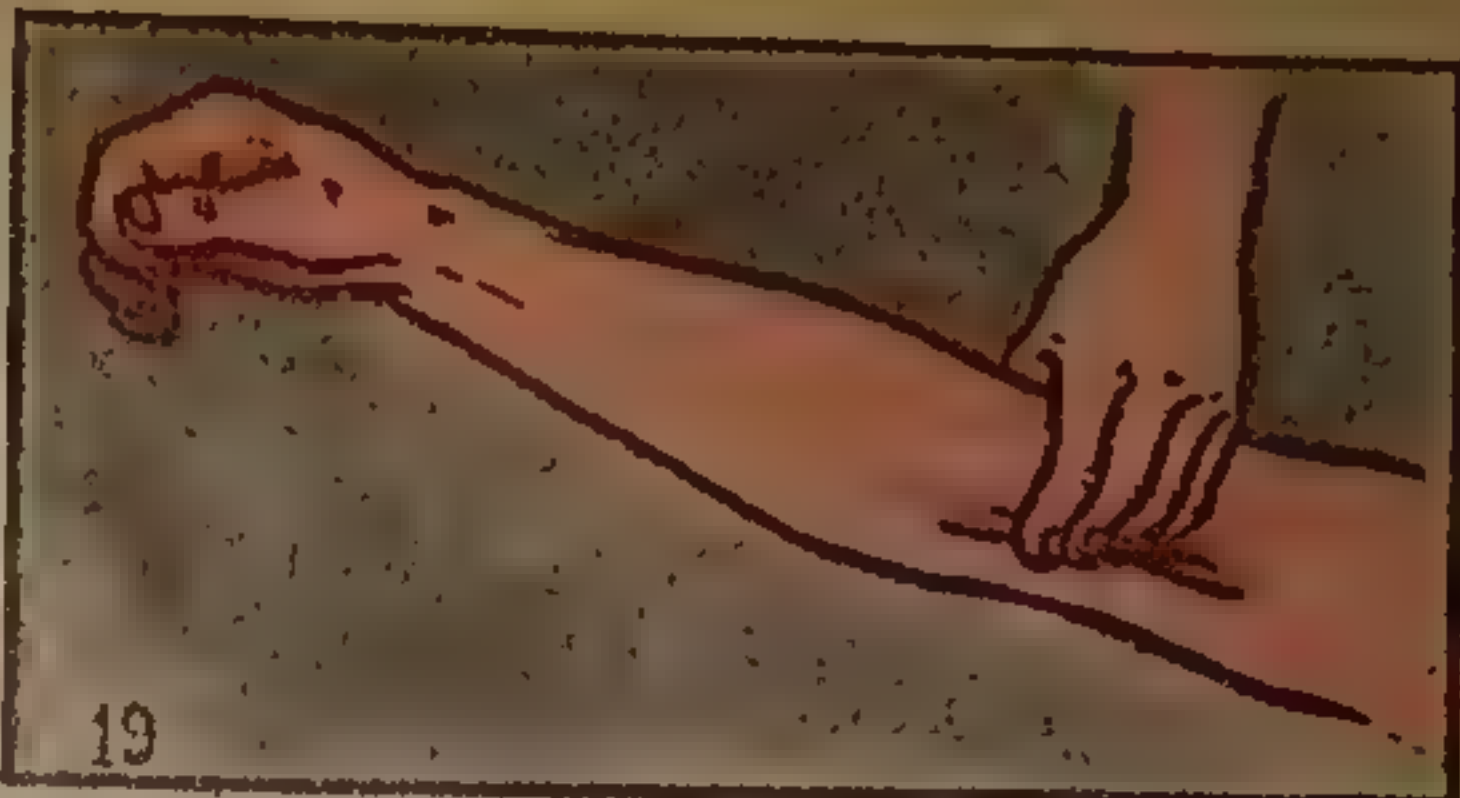
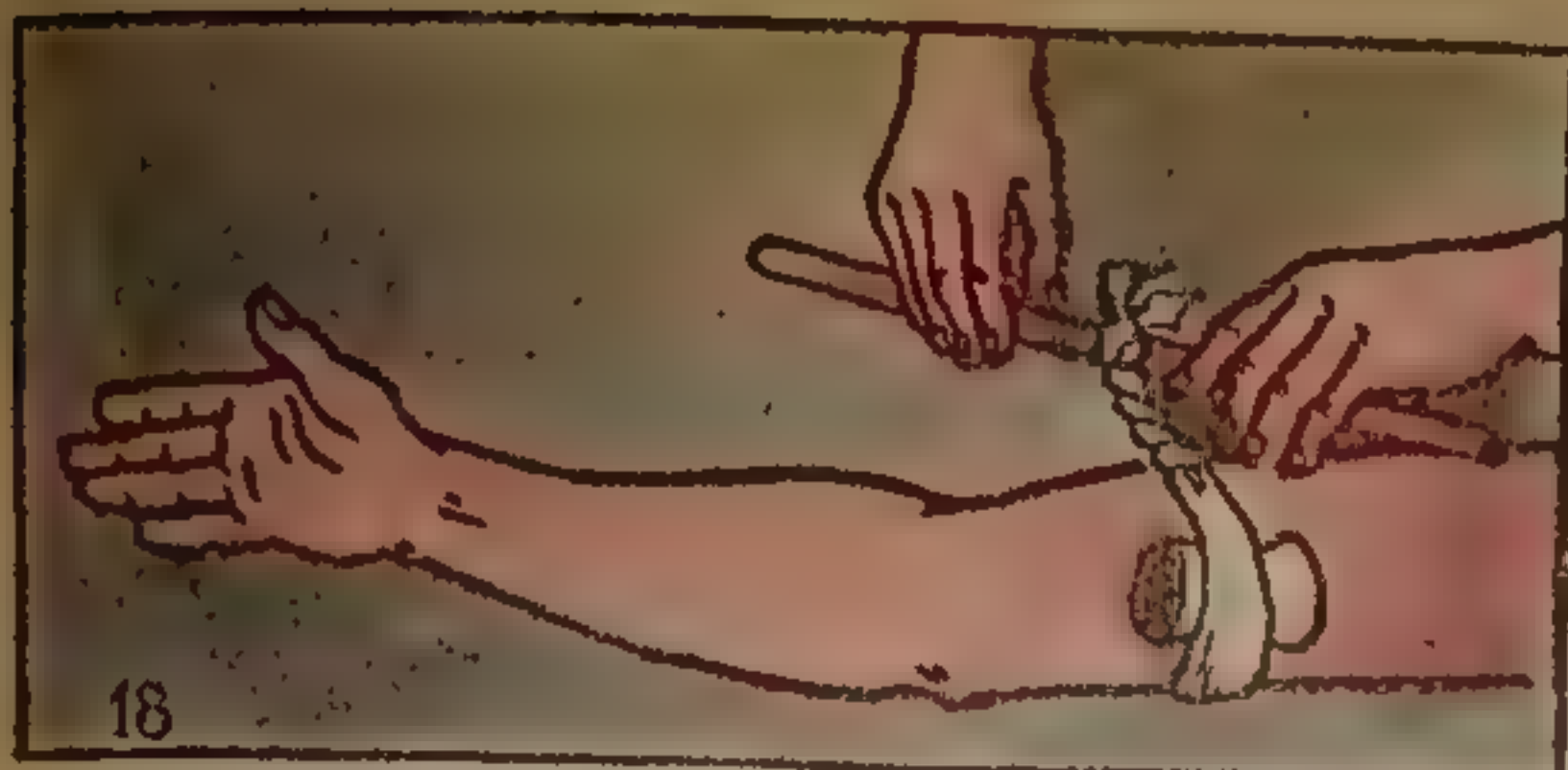


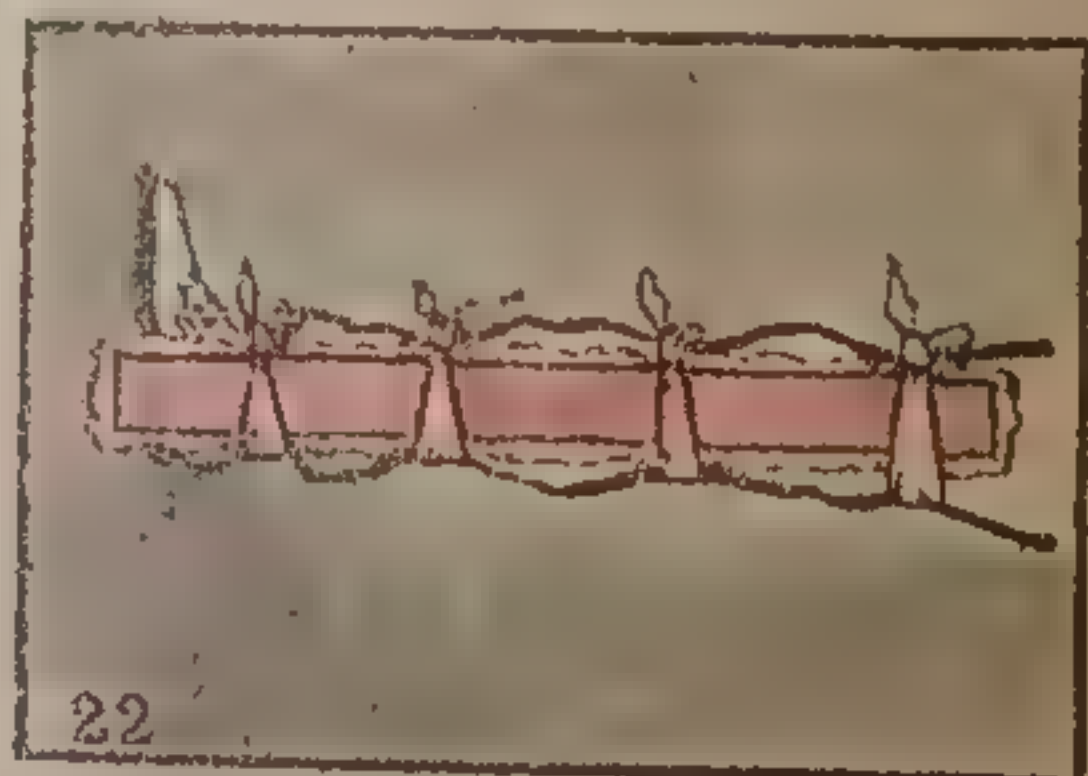
Рис. 18. Наложение жгута-закрутки из подручных средств

Рис. 19. Прижатие сосуда четырьмя пальцами

Рис. 20. Прижатие сосудов в типичных местах для остановки кровотечения

Рис. 21. Транспортная шина на предплечье

Рис. 22. Транспортная шина на голень



неподвижность, уменьшает боль, исключает дальнейшую травматизацию, служит хорошим средством профилактики шока (рис. 21, рис. 22).

При открытом переломе костей вначале останавливают кровотечение, а потом накладывают шины. В качестве иммобилизационного материала используют палки, проволоку, дощечки, картон, лыжи, зонты, трости и т. д.

При их наложении руководствуются определенными правилами:

обязательно фиксировать два сустава выше и ниже перелома;

конечности придают функционально выгодные положения;

на обнаженное тело шины не накладывают;

шинирование производят не снимая с пострадавшего одежду и обувь не-

посредственно на месте происшествия и только после этого пострадавшего переносят или транспортируют.

Для крепления шин применяют веревки, полотенца, поясные ремни, галстуки, носовые платки, косынки и т. д. Шины удобнее накладывать вдвоем. Кровоостанавливающий жгут не должен закрываться фиксирующим шину материалом. Конечность в холодное время года утепляют.

Снятие одежды и обуви с пострадавшего. Во многих случаях первая медицинская помощь начинается со снятия одежды и обуви. Без этого нельзя определить характер и место повреждения, остановить кровотечение.

Одежду снимают со здоровой стороны. Например, если травмирована левая

рука, то сначала освобождают правую руку. Если к ране прилипла ткань, ее не отрывают, а обрезают вокруг раны.

При сильном кровотечении одежду быстро разрезают, чтобы иметь свободный доступ к месту повреждения, при этом травмированную часть тела осторожно поддерживает помощник.

При серьезных травмах голени и стопы обувь разрезают по шву задника, освобождая в первую очередь пятку.

Переноска пострадавшего. Оказав первую медицинскую помощь, человека необходимо срочно доставить в медицинское учреждение. Иногда пострадавший заявляет, что он может двигаться сам, однако к этому надо относиться критически, ибо не рекомендуется самостоятельное передвижение пострадавшего при повреждениях головы, позвоночника, таза. Способы переноски избирают в зависимости от местных условий, наличия носилок, лямок, подсобных средств и т. д.

По легкопроходимым местам пострадавших переносят на носилках, которые обеспечивают наиболее удобное положение тела. Носилки ставят с той стороны тела, которая повреждена; поднимать пострадавшего лучше втроем.

Все оказывающие помощь становятся на одну сторону, противоположную той, где находятся носилки, — один человек подводит руки под голову и лопатки больного, другой — под крестец и верхнюю часть бедер, третий — под бедра и голени. Подъем и опускание осуществляют одновременно (рис. 23).

Пострадавшего, как правило, переносят ногами вперед, руки его плотно прижимают к бедрам. Идущие впереди предупреждают идущих сзади о всех препятствиях, встречающихся на пути.

При подъеме в гору или по лестнице пострадавшего несут головой вперед, при спуске с горы или лестницы поступают наоборот. Людей с повреждением конечностей переносят следующим образом: при подъеме — ногами вперед, при спуске — наоборот.

В случае если отсутствуют носилки и подсобный материал для их изготовления, пострадавшего доставляют к транспортному средству на одеялах и простынях.

В зимнее время используют лыжи, санки.

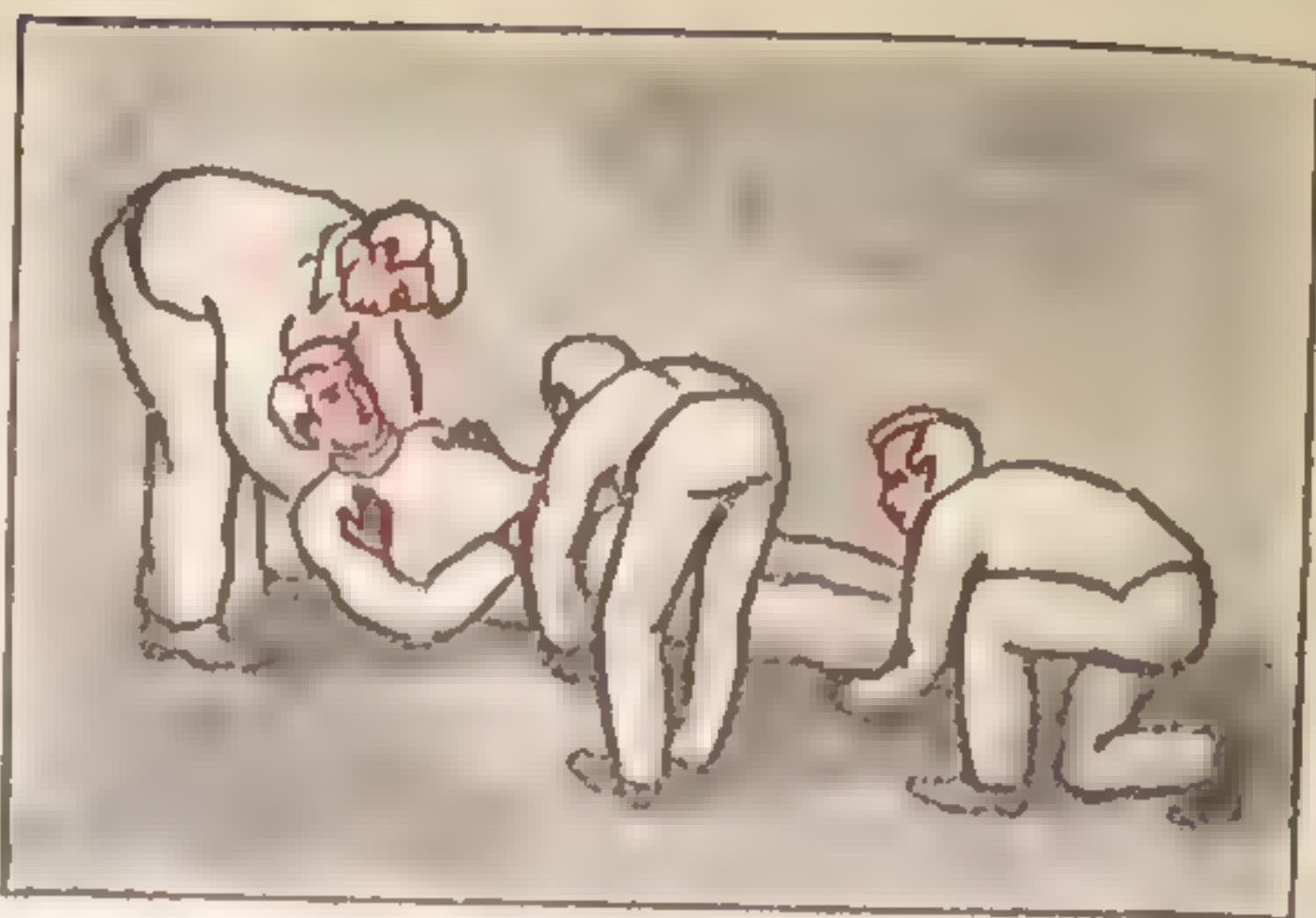


Рис. 23. Переноска пострадавшего втроем



Рис. 24. Переноска пострадавшего одним человеком

Пострадавшего может переносить и один человек, который в таком случае подводит правую руку под ягодицы больного, а левой поддерживает его спину (рис. 24).

Но чаще всего пострадавшего переносят два человека: один становится у головы больного, опускается на колени, обхватывает своими руками верхнюю треть предплечья, другой становится между ногами больного и обхватывает его колени (рис. 25). Затем оба носильщика поднимаются и идут к машине.

Транспортировка пострадавших. Путь в медицинское учреждение избирают как можно короче, без лишних поворотов и остановок. Длинная дорога, неравномерный ход машины, резкая тряска приводят к усилению болей.



Рис. 25. Использование для переносок импровизированных лямок

Рис. 26. Переноска пострадавшего двумя носильщиками

вызывают чувство страха, рвоту, головокружение, сердцебиение, учащение дыхания.

Неудобства перевозки должны быть сведены к минимуму. Транспортируют пострадавших в машине, как правило, в горизонтальном положении, на спине, слегка приподняв голову.

Людей с повреждением головы укладывают без подголовника, голову поворачивают набок и фиксируют одеждой (валиками).

Во время езды по неровной дороге голову пострадавшего поддерживают руками, оберегая ее от толчков.

При переломах таза или позвоночника пострадавших укладывают на твердую поверхность (щит, доски, фанера)

и также фиксируют с помощью одежды.

В случае перелома костей верхних и нижних конечностей транспортировка возможна только после наложения шин.

При вывихе бедра под колено подкладывают валик, сделанный из одеяла или верхней одежды.

Помимо автомобилей, для транспортировки пострадавших можно использовать любые другие виды транспорта, но при этом надо всегда помнить, чтобы травмированным частям тела был обеспечен максимальный покой.

ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ

Нередко приходится слышать: скоропостижно скончался... И удивляешься — человек был в полном расцвете сил, не болел и вдруг... Неужели ничего нельзя было сделать?..

Действительно, иногда мы бываем в состоянии совершить чудо. Ведь процесс умирания чрезвычайно сложен, и возможность оживления организма основана на том, что смерть никогда не наступает сразу после прекращения деятельности жизненно важных функций, а поэтому при своевременном и правильном оказании первой медицинской помощи можно спасти умирающего.

Наука, которая занимается вопросами оживления, называется реаниматологией. В своих выводах она опирается на достижения биологии, физиологии, патофизиологии, хирургии, акушерства и гинекологии, терапии, анестезиологии, практики скорой и неотложной помощи.

Согласно представлению, утвердившемуся в течение тысячелетий, смерть связывали с остановкой дыхания и кровообращения, потерей сознания. Последний вдох и последний удар сердца рассматривались как безусловный признак перехода живого существа в иное состояние.

Теперь понятие истинной смерти основывается не на формальном признаке — остановке дыхания и кровообращения, а на возникновении в организме, главным образом в мозге, несовместимых с жизнью необратимых нарушений. Раньше всего угасает кора головного мозга, потому что она наиболее чувстви-

тельна к прекращению кровообращения, к кислородному голоданию.

Сознание утрачивается раньше, чем другие функции центральной нервной системы. Затем возникают изменения и в деятельности сердца: сначала нарушается его ритм, а потом сердечная деятельность прекращается.

Переход от жизни к смерти составляет несколько этапов: агония, клиническая смерть, биологическая смерть. Признаки агонального состояния, — резкая бледность кожных покровов, зрачки расширены, дыхание аритмичное, судорожное, сознание затемнено, кровяное давление не определяется, пульс не прощупывается.

После агонии наступает клиническая смерть, которая характеризуется отсутствием симптомов сердечной и дыхательной деятельности. Кожные покровы в таком случае холодные и бледные, зрачки расширены, на свет не реагируют.

Клиническая смерть длится 3—5 минут, а если мероприятия по оживлению не достигли цели, она переходит в биологическую смерть, при которой в организме уже происходят необратимые процессы — оживить человека отныне нельзя.

Значит, наиболее благоприятные минуты для оживления следуют сразу же за прекращением дыхания и сердцебиения. В различных условиях, при различных температурах окружающей среды срок клинической смерти не одинаков. Существенное значение имеет и возраст пострадавшего. У пожилых людей шансов на оживление гораздо меньше, чем у молодых. Из практики известны факты, когда удавалось вернуть к жизни детей после 8—10 минут клинической смерти.

Чем длительнее период умирания, тем больше истощаются и становятся нежизнеспособными органы и ткани. В этом случае даже после одной минуты клинической смерти оживить организм, как правило, не удастся. В то же время после внезапной остановки сердца, например при электротравме, пострадавший может рассчитывать на спасение даже после 8—9 минут клинической смерти.

Говоря о продолжительности клинической смерти, надо, однако, иметь в виду, что в период проведения реанима-

ционных мероприятий организм получает, хотя и искусственным путем, какое-то количество кислорода и питательные вещества, необходимые для жизнедеятельности мозга.

Нередко реанимационные мероприятия бывают эффективны и по истечении 20—30 минут с момента клинической смерти, но это не значит, что столько же длилась и она сама.

Правда, иногда удается восстановить сердечную деятельность и дыхание и после роковых 5—7 минут, но кора головного мозга уже не поддается оживлению — в этом случае говорят о мозговой смерти.

В связи с тем что основной причиной развития терминальных (конечных) состояний является гипоксия (кислородное голодание), все терапевтические мероприятия направляются на улучшение кровообращения и дыхания. Специалисты справедливо считают искусственную вентиляцию легких методами «изо рта в рот» или «изо рта в нос» и наружный массаж сердца, с которыми мы уже познакомили вас, первыми и самыми важными шагами на пути к оживлению.

И проводить их надо немедленно, как только прекратилось самостоятельное дыхание. Минуты, отделяющие клиническую смерть от биологической, не оставляют времени на размышления.

Об эффективности, а следовательно, о правильности реанимации свидетельствуют следующие признаки: суживаются зрачки, розовеет кожа, на артериях появляется пульс, возникают слабые дыхательные движения.

Владея методами реанимации, каждый из нас может спасти жизнь пострадавшему. К сожалению, мысль о пятиминутном сроке клинической смерти некоторых расхолаживает: мол, что можно сделать за это время?

Если немедленно начать наружный массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, то пострадавший переживет не 5 минут, а 30 и даже сверх того. А этого часто бывает вполне достаточно — ведь «Скорая» уже в пути...

Очень важно в эти ответственные минуты собраться, мобилизовать себя, проявить сострадание и самое заинтересованное участие в благополучном исходе при несчастном случае.

К реанимационным мероприятиям

чаще всего прибегают при замерзании, поражении молнией, удушении, утоплении, электротравме.

Замерзание

Длительное пребывание в условиях низких температур приводит к переохлаждению и замерзанию. Смерть человека может наступить в случаях, когда температура тела достигает $20-25^{\circ}$, хотя жизнь отдельных клеток сохраняется и при температуре $+2^{\circ}$.

Симптомы замерзания. К ним относятся общая слабость, непреодолимая сонливость, снижение памяти, скованность, маскообразное выражение лица, вялая речь. Тяжесть состояния зависит от продолжительности воздействия низкой температуры.

На фоне ее понижения возникает бред, эйфория, потеря чувствительности и сознания. Пульс редкий, слабого наполнения, дыхание поверхностное. При отсутствии своевременной помощи развиваются судороги, падает сердечная деятельность, наступает смерть.

Нередко признаки замерзания сопровождаются и симптомами отмораживания.

Первая помощь. При замерзании пострадавшего немедленно согревают: помещают в ванну с горячей водой, энергично растирают все тело намыленной мочалкой. Если пострадавший в сознании, дают пить горячий чай, кофе.

При отсутствии ванны пострадавшего обкладывают грелками, бутылками с горячей водой. В случае возникновения агонального состояния прибегают к искусственной вентиляции легких и наружному массажу сердца.

Напомним: об эффективности реанимационных мероприятий свидетельствуют следующие признаки: покраснение кожных покровов, появление сердечных сокращений и пульса на артериях, возобновление дыхания, сильный озноб. В дальнейшем — глубокий сон при спокойном дыхании и нормальной окраске кожи.

Во всех случаях замерзания необходимо стремиться как можно быстрее доставить пострадавшего в больницу. Транспортируют его на носилках в положении лежа.

Профилактика. При длитель-

ном нахождении в условиях низких температур организм защищают теплой одеждой и обувью.

Внутри периодически принимают горячий чай, кофе или молоко. Кожу лица и рук смазывают жиром.

Поражение молнией

Молния представляет собой гигантский электрический заряд, где температура может превышать $25\,000^{\circ}$.

От ударов молнии разрушаются здания, возникают пожары, гибнут люди и животные. Наибольшее число несчастных случаев наблюдается в сельской местности, где имеются большие открытые пространства и нет в достаточном количестве молниеотводов.

Попадание заряда молнии в человека заканчивается часто мгновенной смертью вследствие поражения головного мозга, сердца и легких. В легких случаях симптоматика иная.

Пострадавшие жалуются на резкую головную боль, нарушение чувства равновесия, резь в глазах, снижение зрения, расстройство слуха. В более тяжелых случаях наблюдается потеря сознания, парез конечностей, судороги, агональное состояние. Пострадавших удается спасти только незамедлительными реанимационными приемами.

Первая помощь. Пострадавшего укладывают в горизонтальное положение, обеспечивают доступ свежего воздуха, расстегивают ворот и пояс. Вызывают скорую медицинскую помощь. При легком поражении дают успокаивающие капли, таблетку анальгина.

Пораженные участки кожи обрабатывают спиртом или одеколоном. Пострадавшего ни в коем случае нельзя закапывать в землю — это ничего не даст, но лишь оттягивает время оказания первой помощи.

В тяжелых случаях полость рта очищают от слизи и крови бинтом или платком, намотанным на указательный палец, и проводят искусственную вентиляцию легких способом «изо рта в рот» или «изо рта в нос» и наружный массаж сердца вплоть до восстановления сердечной и дыхательной деятельности.

Полное восстановление работы сердца и легких возможно лишь в лечебных

учреждениях, в палатах интенсивной терапии, куда незамедлительно госпитализируют пострадавшего.

Транспортируют пораженного молнией на носилках в положении лежа.

Профилактика. Прежде всего необходимо избегать открытых мест во время грозы. Не следует также становиться под одиночные деревья. А если все-таки гроза застала вас вне помещения, то нужно укрыться в небольших углублениях, у подножия высоких склонов, в лесу или просто переждать ее лежа на земле.

Находясь в квартире, также соблюдают меры предосторожности: выключают телевизор, электроприборы, не пользуются телефоном, окна закрывают и располагаются подальше от газовых плит, печей и электрических проводов.

Утопление

Отдых у воды может омрачиться несчастным случаем — утоплением.

Причинами чаще всего служат неумение плавать, баловство на воде, ныряние и купание в незнакомых местах. При утоплении вода быстро поступает в дыхательные пути, отчего из легких в кровь перестает поступать кислород, развивается кислородное голодание мозговых клеток.

Пострадавший теряет сознание, а спустя 3—5 минут может наступить клиническая смерть. Значит, для спасения утопающего нельзя терять ни секунды.

Различают два вида утопления: синяя асфиксия, при которой вода заполняет легкие, и бледная асфиксия, когда вода не проникает в легкие.

Синяя асфиксия развивается не сразу. Тонущий человек пытается удержаться на поверхности воды, затрачивая немало энергии. При этом затрудняется дыхание и развивается кислородное голодание. После окончательного погружения в воду тонущий рефлекторно задерживает дыхание. Нарастает гипоксия (кислородное голодание), которая и обуславливает синюшный оттенок кожи. Возникает отек легких, изо рта и носа выделяется пена, происходит остановка сердца.

Бледная асфиксия развивается у тех, кто не пытается бороться за свою жизнь

и быстро идет на дно. Это часто наблюдается во время катастроф, когда человек погружается в воду в состоянии панического страха. При соприкосновении с водой наступает спазм гортани и остановка сердца. Вода в легкие не попадает.

Бледная асфиксия наступает и в том случае, если у человека, находящегося в воде, начался эпилептический припадок, если произошла травма головы в момент ныряния. Попавшая в гортань вода вызывает спазм голосовой щели и дыхательные пути становятся непроходимыми.

Напомним и о том, что патологические изменения в организме людей, утонувших в пресной воде, заметно отличаются от изменений, которые вызываются действием морской воды.

Пресная вода, попадая в легкие, активно переходит в кровь, что приводит к ее разжижению и развитию гемолиза (разрушению эритроцитов — переносчиков кислорода из легких в ткани).

Морская же вода, попавшая в легкие, повышает осмотическое давление в альвеолах, в результате чего жидкая часть крови вместе с белками переходит в легкие — развивается отек легкого. В подобных случаях, помимо реанимационных мероприятий, необходима терапия, которая проводится врачом скорой помощи или реанимационного отделения.

Большой бедой часто оборачивается ныряние на мелководье или с кручи. Утопление осложняется травмой шейного отдела позвоночника — смещением позвонков, их переломом. Особенно опасны повреждения спинного мозга. Даже если человека удастся спасти, чаще всего он остается инвалидом.

Симптомы. Лицо утонувшего бледное или синюшное. Дыхание или отсутствует или едва ощущается. Сердцебиение редкое или не прослушивается. При ударах — наличие раны на голове.

Первая помощь. Прежде всего пострадавшего надо, умело извлечь из воды. Иными словами, подплыть к нему следует сзади, брать за волосы или под мышки и, повернув лицом вверх, плыть к берегу. Необходимо срочно вызвать скорую медицинскую помощь.

На берегу пострадавшего освобождают от стесняющей одежды, удаляют из дыхательных путей носовым платком песок и воду, для чего спасающий кладет

пострадавшего животом на свою согнутую в колене ногу и энергично надавливает ему на спину — вода через рот изливается наружу.

После этого спасаемого поворачивают на спину, укладывают на землю и, не теряя ни секунды, начинают проводить искусственную вентиляцию легких «изо рта в рот» или «изо рта в нос» и наружный массаж сердца до появления самостоятельного дыхания и сердцебиения или до приезда скорой медицинской помощи.

После восстановления дыхания и сердечной деятельности с пострадавшего снимают мокрую одежду, тело растирают руками, согревают, дают пить чай или кофе.

При повреждении головы и шейных позвонков по бокам головы кладут два валика из свернутой одежды, одеяла, подушек, чтобы голова не двигалась.

При переключивании голову пострадавшего поддерживают и следят за тем, чтобы не было движений в шейном отделе позвоночника. Переносят и транспортируют больного бережно на носилках и жестком щите.

Госпитализируют в реанимационное отделение.

Профилактика. Главное — хорошо научиться плавать. Не купаться в незнакомом водоеме. Плавать лучше вдвоем, не теряя друг друга из виду. Опасны купания после сильного перегрева на солнце, особенно страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Очень важно убеждать детей и взрослых в том, сколь опасно легкомысленное ныряние, особенно в незнакомых местах.

Электротравма

Трудно сейчас представить нашу жизнь без электричества. Оно настолько стало привычным, что мы очень часто забываем о его потенциальной опасности для здоровья и даже для жизни. Значение имеет не только сила тока, но также состояние организма, условия, в которых произошла электротравма, пути прохождения тока.

Известно, например, что вода является прекрасным проводником электрического тока, и если соприкосновение

произошло с мокрой одеждой, то неизбежна электротравма. Эти условия позволяют току даже сравнительно небольшого напряжения вызвать тяжелые повреждения и трагический исход.

Практика показывает, что к электропоражениям в быту и на производстве чаще всего приводят использование неисправных электроприборов и пренебрежение элементарными правилами техники безопасности.

Симптомы электропоражения. Тяжесть поражения электрическим током зависит от конкретных условий и протекает по-разному: от легкого удара до мнимой смерти. Поражающее действие тока проявляется мгновенно, когда вслед за фибрилляцией — беспорядочным сокращением мышечных волокон сердца — наступает его остановка.

Однако главным симптомом является расстройство или отсутствие дыхания. В легких случаях — обморок, нарушение сердечно-сосудистой деятельности, синюшность лица. В местах входа и выхода заметны характерные признаки: белые пятна, ожоговые струпья.

Первая помощь. Успех оживления при электротравме зависит от быстроты и последовательности оказания первой помощи. Особенно она эффективна, если начата не позднее 1—2 минут после несчастного случая.

Объем реанимационных мероприятий зависит от состояния пострадавшего. В первую очередь следует немедленно освободить его от действия электрического тока (выключить рубильник, вывинтить предохранитель, оборвать провод сухой палкой, соблюдая меры предосторожности). При наличии дыхания и пульса пострадавшему придают горизонтальное положение, укутывают, дают горячий чай или кофе.

Окружающие следят, чтобы больной не вставал, тем более не начинал работать. Действия электрического тока вызывают заметные нарушения кровообращения и обменных процессов, а поэтому не исключено, что состояние может ухудшиться.

При отсутствии признаков жизни проводят искусственную вентиляцию легких «изо рта в рот», наружный массаж сердца, предварительно расстегнув рубашку и пояс, освободив дыхательные

пути от слизи, протезов, грязи. Реанимацию продолжают до полного восстановления самостоятельного дыхания или приезда скорой медицинской помощи.

Электротравма нередко сопровождается ожогами — тогда на раневую поверхность накладывают асептическую повязку. Пострадавшего непременно госпитализируют. Транспортировка осуществляется на носилках в положении лежа.

Профилактика. Наиболее действенным средством предупреждения электротравм является соблюдение правил техники безопасности при работе с электроустановками. Необходимо всячески ограничивать доступ детей к электроприборам (рекомендуется устанавливать электрические розетки с подвижной верхней крышкой, закрывающей клеммы).

ТРАВМЫ, ТРАВМЫ...

Люди ежедневно подвергаются риску получить то или иное повреждение. Травматизм не обходит стороной ни детей, ни взрослых. Однако подавляющее большинство травм можно избежать, если знать о причинах их возникновения и своевременно предупредить.

Жизнь показывает, что из года в год число несчастных случаев на производстве снижается, все чаще обходят нас стороной беды из-за нарушений правил дорожного движения, неумения пользоваться общественным транспортом.

Но не секрет, что большинство вызовов скорой медицинской помощи связано с травмами бытового характера. Неосторожность — своего рода медицинская неграмотность.

Вот почему всем и каждому необходимо повышать медицинскую культуру, приобретать умение оказывать себе и другим грамотную первую помощь, а главное, научиться профилактике несчастных случаев, то есть быть предусмотрительными и внимательными у себя дома и на улице.

Травмой называют повреждение тканей организма с нарушением их целостности и функций, вызванное внешним воздействием. При этом они наносят тот или иной ущерб пострадавшему. В зави-

симости от выраженности этого ущерба говорят о макро- или микротравме.

Макротравмы — это повреждения, несущие значительное расстройство здоровья. Микротравмы — это небольшие ссадины, порезы, ушибы, но при их осложнении возможны неприятные последствия — нагноения, флегмоны, панариции. Вот почему к любым повреждениям надо относиться с предельной серьезностью.

В медицинской практике встречается множество травм, наиболее частые из них следующие.

Раны

Определение повреждений звучит просто — это нарушение целостности тканей (обязательно кожных покровов), вызванное механическим воздействием и сопровождающееся болью, кровотечением, нарушением функций поврежденного участка тела.

Раны бывают самыми разнообразными и зависят главным образом от характера повреждающего агента. Различают раны: колотые, огнестрельные, отравленные, размозженные, резаные, рубленые, рваные, укушенные, ушибленные.

Повреждение кожи и слизистых оболочек относят к поверхностным ранам. Если повреждение распространяется на мышцы, нервы, сухожилия, то говорят о глубоких ранах, причем они могут быть одиночные и множественные, проникающие, а также сочетанные (когда поражаются две или более анатомические области).

Почему мы так подробно представили виды ран? Дело в том, что тяжесть, состояние и объем первой помощи зависят от характера, обширности, глубины и локализации повреждения.

Колотые раны. Они наносятся колющими предметами (игла, штык, гвоздь, рапира, проволока) и сопровождаются незначительным кровотечением. Характерная их особенность — глубокий раневой канал при относительно небольшом отверстии.

Но при всей кажущейся легкости колотые раны, особенно шеи, головы, туловища, представляют опасность для жизни, так как могут вызвать внутреннее кровотечение и повреждения жизнен-

но важных органов. Ранения нервов и сухожилий вызывают нарушения чувствительности и движения.

Бледность кожных покровов, частый и нитевидный пульс указывают на повреждение крупного сосуда и внутреннее кровотечение, что требует незамедлительного оперативного вмешательства.

Огнестрельные раны относятся к наиболее тяжелым видам ран, которые вызываются пулями и осколками снарядов. Проходя через ткани, пули производят в них большие морфологические нарушения, создавая так называемую зону молекулярного сотрясения.

Пулевые ранения бывают слепыми или чаще сквозными, входные отверстия небольшие, круглые, выходные — несколько больше. При выстреле с близкого расстояния окружающие ткани опалены и закопчены порохом. При ранении дробью видны круглые входные отверстия.

Размозженные раны — следствие воздействия на мягкие ткани массивных предметов или сдавления движущимися частями механизмов. Повреждению подвергаются как поверхностные, так и глубокие ткани. Кожа, как правило, бывает разорвана, отечна, пропитана кровью.

Резаные раны образуются от воздействия холодного оружия или режущих инструментов, обильно кровоточат. Наибольшую опасность представляют резаные раны шеи, так как здесь расположены крупные кровеносные сосуды.

Рваные раны нередко сочетаются с размозженными или ушибленными ранами. Края их неровные, лоскутные, как правило, загрязнены и содержат значительное количество нежизнеспособных тканей. Рваные раны вызываются грубым воздействием на ткани механической силы: движущимися частями станков, пил, машин.

Рубленые раны наносятся холодным оружием, инструментом и представляют опасность для жизни, так как, будучи глубокими, нередко осложняются кровотечением и шоком. Раны отличаются неровными краями и нередко сопровождаются повреждением кости.

Укушенные раны возникают при укусах животными. Ранению чаще всего подвергаются кисти, стопа, голени. Для укушенных ран характерны следы зубов,

размозжение тканей, повреждение сосудов, сухожилий, нервов и даже костей.

Ушибленные раны — следствие удара тупыми предметами, края раны разорваны, имеют неправильную форму. Окружающие ткани раздавлены, синюшны, пропитаны кровью. В результате сдавления сосудов ушибленные раны почти не кровоточат. Они возникают в основном при падении и наездах автотранспорта.

Первая помощь. При всех видах ран основные усилия направляются на остановку кровотечения (пальцевое прижатие, стерильная давящая повязка), а при ранениях с большой зоной повреждения — иммобилизация конечности транспортными шинами.

Загрязненную кожу вокруг протирают стерильным тампоном, взятым из перевязочного пакета. Стерильные материалы приобретают в аптеках.

(Кстати, аптечки первой помощи непременно должны находиться на производстве, полевых станках, дома, в автомобилях, в туристском рюкзаке.)

Затем края раны бережно смазывают йодом или бриллиантовым зеленым. При их отсутствии используют спирт, одеколон, бензин. Затем следует наложить асептическую повязку.

Если на месте несчастного случая не оказалось нужных медикаментов и материалов, то прибегают к подручным материалам — носовому платку, мягкой чистой ткани.

Любое ранение требует срочной госпитализации в лечебное учреждение для оперативного вмешательства.

Кровотечение

Практически любое ранение сопровождается повреждением сосудов — возникает кровотечение, то есть излияние крови из травмированного кровеносного сосуда. В зависимости от вида и характера поврежденного сосуда кровотечение бывает самым разнообразным.

Если, например, кровь вытекает из раны или естественных отверстий тела, то такое кровотечение называют наружным; если же кровь скапливается в полостях тела, то это внутреннее кровотечение, которое возникает при прони-

кающих ранениях в брюшную или грудную полость.

На всех этапах развития медицины борьба с кровотечением была борьбой за сохранение жизни. С утратой крови сердце перестает подавать тканям необходимый кислород и питательные вещества. Наиболее чувствителен к таким изменениям мозг: уже через 4—6 минут после прекращения доставки крови в нем наступают необратимые изменения.

Величина кровопотери зависит от степени повреждения сосудов и характера кровотечения. Различают артериальное, венозное, капиллярное и смешанное кровотечение.

Артериальное кровотечение развивается при повреждении артерий. Ранение крупного сосуда представляет наибольшую опасность для жизни пострадавшего. Потеря крови из бедренной или сонной артерии может произойти буквально в считанные минуты.

Симптомы. При наружном кровотечении из раны обильно и толчкообразно (струей) изливается кровь алого цвета. Длительность кровотечения и объем потери крови зависят от калибра поврежденного сосуда и состояния свертывающей системы крови.

Первая помощь. Кровотокающий сосуд прижимают пальцами на его протяжении или накладывают жгут выше места ранения. Рану закрывают давящей повязкой. Временно остановить кровотечение допустимо также путем фиксации конечности в определенном положении. Тем самым удастся прижать артерию. Так, при повреждении подключичной артерии максимально отводят руки за спину и фиксируют их на уровне локтевых суставов.

Максимально сгибая конечность, удастся прижать подколенную, бедренную, плечевую и локтевую артерии. Пострадавший срочно нуждается в госпитализации в хирургическое отделение. Транспортировка его осуществляется на носилках в положении лежа.

Венозное кровотечение возникает при повреждении вен. По сравнению с артериями вены имеют более податливые и тонкие стенки, которые легко сдавливаются при их прижатии к костям и мышцам. Давление крови в венозных сосудах значительно меньше, чем в артериях.

Ранения крупных вен могут осложняться воздушными эмболиями (закупорками), что создает угрозу нормальному продвижению крови, а значит, и жизни.

Венозное кровотечение часто сочетается с артериальным.

Симптомы. Венозное кровотечение менее интенсивно, чем артериальное. Из поврежденных вен кровь темно-вишневого цвета вытекает непрерывной, равномерной струей.

Первая помощь. Остановка венозного кровотечения надежно осуществляется с помощью давящей повязки. При повреждении крупных сосудов конечностей применяют кровоостанавливающий жгут, накладываемый ниже места кровотечения. Пострадавшего госпитализируют в хирургическое отделение. Транспортируют его на носилках в положении лежа.

Капиллярное кровотечение чаще всего встречается при ранениях кожи, мышц, слизистых оболочек, при ссадинах. Кровь из раны вытекает медленно, по каплям и, как правило, останавливается самопроизвольно. Капиллярное кровотечение легко останавливается с помощью обычной стерильной повязки.

Смешанное кровотечение возникает при одновременном ранении артерии и вены, чаще всего при повреждении паренхиматозных органов (печени, селезенки, почек), имеющих развитую сеть артериальных и венозных сосудов.

Внутреннее кровотечение развивается тогда, когда вследствие травмы кровь изливается в грудную клетку, полость живота или другие полости тела. При ранениях внутренних органов кровь скапливается в межтканевых пространствах и свертывается, образуя порой огромные сгустки крови, которые служат хорошей питательной средой для микробов.

В некоторых органах брюшной полости кровь при травме пропитывает ткани, образуя уплотнения и набухания.

Среди внутренних кровотечений наиболее часто развивается **желудочное кровотечение**. Оно является следствием осложнений язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, опухолей и так далее. Характерными признаками желудочного кровотечения служат: рвота с примесью

крови, бледность кожных покровов, жажда. Пульс частый, иногда случаются обмороки.

В целях оказания первой помощи больному на область желудка кладут пузырь со льдом. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь для госпитализации в хирургическое отделение. Транспортировка больного осуществляется на носилках в положении лежа.

Кишечное кровотечение. Причинами его являются опухоли, полипы и т. д.

На появление кишечного кровотечения указывают следующие признаки: наличие крови в каловых массах, бледность кожных покровов, холодный пот, учащенный пульс, резкая вялость.

Во избежание осложнений никаких самостоятельных медицинских мер не принимают. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь и госпитализируют в хирургическое отделение; транспортируют больного на носилках в положении лежа.

Легочное кровотечение в практике неотложных состояний обусловлено главным образом туберкулезом легких или ранениями. Возникает внезапно, чаще всего ночью. Больные жалуются на появление прожилок крови в мокроте; испытывают страх.

Для облегчения состояния больному придают полусидячее положение, дают выпить полстакана соленой воды (одна столовая ложка соли на стакан воды), на область грудины кладут пузырь со льдом и срочно вызывают скорую помощь.

При легочном кровотечении обязательна госпитализация в хирургическое отделение. Транспортируют больного на носилках в полусидячем положении.

Маточное кровотечение вызывается рядом заболеваний женской половой сферы, а также выкидышами и абортами. Кровотечение сопровождается болями внизу живота и слабостью. Кожные покровы становятся бледными, пульс учащается.

Первая помощь складывается из следующих моментов. Женщине накладывают асептическую повязку — тампон, дают выпить полстакана соленой воды и вызывают скорую помощь. Больную непременно госпитализируют в гинеколо-

гическое отделение. Транспортируют ее на носилках в положении лежа.

Носовое кровотечение обусловлено целым рядом причин: травмами, полипами, опухолями, грубым удалением засохших корок, заболеванием крови, повышением артериального давления и т. д. В практике неотложных состояний носовое кровотечение наиболее часто встречается после травмы носа и как осложнение гипертонической болезни.

Для того чтобы остановить кровотечение, достаточно крылья носа прижать двумя пальцами к носовой перегородке. Или осторожно ввести в носовые ходы узкую марлевую полоску. Нередко больные прибегают к запрокидыванию головы назад. Делать этого не следует, так как кровь может попасть в желудок и вызвать рвоту. Бывает, что кровотечение не удается остановить. В этом случае срочно вызывают скорую помощь или обращаются в ближайшее медицинское учреждение.

Паренхиматозное кровотечение развивается вследствие ранения или закрытых повреждений паренхиматозных органов — печени, селезенки, почек, легких.

Среди признаков внутреннего кровотечения наиболее характерны следующие: бледность кожных покровов, липкий холодный пот, боли в области кровотечения, возбуждение или сонливость, частый малый пульс.

В оказании первой помощи важная роль принадлежит экстренной госпитализации, поэтому срочно вызывают скорую помощь и больного доставляют в хирургическое отделение. Транспортируют его на носилках в положении лежа.

Кровотечение после удаления зуба. Обычно кровоточит зубная лунка или разрезанная десна. От заглатывания крови в желудок появляется рвота, чем больные бывают очень напуганы.

Кровотечение из лунки останавливают ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором перекиси водорода. Тампон крепко стискивают между зубами. При обильном кровотечении больного доставляют в хирургическое (стоматологическое) отделение. Во время транспортировки раневую поверхность прижимают марлевым тампоном.

Травматический шок

В современном понимании шок — это своеобразная реакция организма в ответ на сверхсильное, в особенности болевое раздражение, характеризующееся расстройством жизненно важных функций нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, дыхания и обмена веществ.

В практике неотложных состояний шок чаще всего развивается после тяжелой травмы, поэтому он и называется травматическим. Шок может наступить сразу же, то есть в момент травмы (первичный шок) или спустя некоторое время после нее (вторичный шок).

Важнейшими факторами в механизме развития шока являются болевые ощущения, кровопотеря, интоксикация (отравление) вследствие всасывания продуктов распада из травмированных тканей. Как организм реагирует на все это?

Снижается объем циркулирующей крови, нарушается капиллярное кровообращение, что приводит к недостаточному снабжению кровью жизненно важных органов (печени, почек, головного мозга), в результате чего возникает угроза появления необратимых морфологических изменений в них. Кроме того, из кишечника в кровоток начинают поступать микроорганизмы.

Замедление кровоснабжения и перенасыщение крови недоокисленными продуктами способствуют склеиванию эритроцитов: их сгустки закрывают просвет мелких сосудов. Чаще всего шок развивается при множественных повреждениях. Смертность при тяжелом травматическом шоке остается высокой — до 40 %.

Как распознать шок? Его признаки зависят от многих слагаемых: тяжести и места повреждения, возраста пострадавшего, стадии развития. В клинике различают две фазы шока — эректильную (фаза возбуждения) и торпидную (фаза торможения).

Эректильная фаза шока наступает сразу же после травмы и длится не более 20 минут. Обращает на себя внимание поведение пострадавшего. Он возбужден, многословен, критически не оценивает свое состояние, хотя и находится в сознании. Лицо его бледное,

взгляд беспокойный, зрачки расширены. Тело покрывается липким холодным потом. Дыхание неравномерное, пульс учащенный.

За эректильной наступает торпидная фаза шока, которую условно делят на четыре степени.

Для I степени (легкая форма) характерны заторможенность, понижение сухожильных рефлексов, бледность кожных покровов, мышечная дрожь. Общее состояние пострадавшего удовлетворительное. Пульс до 110 ударов в минуту.

При II степени (средней тяжести) сознание человека сохранено, но пострадавший безразличен к окружающему, говорит вяло, тихо. Кожные покровы приобретают сероватый оттенок. Дыхание учащенное, поверхностное. Пульс до 130 ударов в минуту, слабого наполнения.

Для III степени (тяжелой) характерна резкая заторможенность. Пострадавший в сознании, но безучастен ко всему, наступает сонливость, апатия. Лицо делается маскообразным, носогубные складки сглаживаются, кожа холодная, бледно-серая, нередко с мраморным рисунком. Пульс до 160 ударов в минуту. Дыхание поверхностное, частое.

При запоздалой помощи, крайне тяжелых повреждениях развивается четвертая степень шока — терминальное состояние, когда сознание и реакция на внешние раздражители отсутствуют. Пульс нитевидный, частый. Дыхание поверхностное.

Терминальное состояние делят на три периода: предагональное состояние (пульс определяется с трудом, артериальное давление крайне низкое), агональное состояние (нарушается дыхание, теряется сознание), клиническая смерть (остановка сердца и дыхания).

Травматический шок динамичен, подвижен, без оказания первой помощи и лечения легкие формы могут переходить в разряд крайне тяжелых. Борьба с ним на любом этапе возникновения — это основа для благополучного исхода.

Напомним, что шок может возникнуть при повреждениях любой локализации. Очень часто шок возникает при множественных и сочетанных травмах: 70—80 % пострадавших поступают в лечебные учреждения с явлениями шока.

При травме черепа и головного мозга шок нередко протекает на фоне утраченного или восстановившегося сознания, при выраженном нарушении дыхания и кровообращения. У пострадавших нередко регистрируются параличи и парезы конечностей. Шок протекает тяжело и опасен для жизни.

В случае травмы груди шок развивается у 6—7 % пострадавших и осложняется выраженным расстройством дыхания.

При травмах живота шок встречается у 13—15 % пострадавших, тяжесть протекания зависит от того, повреждены ли органы брюшной полости или нет, и от наличия кровотечения.

Первая помощь. Течение, развитие и исход шока во многом зависят от своевременного и правильного принятия элементарных медицинских мер непосредственно на месте происшествия.

Меры выражаются в том, что прежде всего немедленно устраняют действие травмирующих факторов, останавливают кровотечение путем наложения давящей повязки или кровоостанавливающего жгута (при травмах конечностей), производят иммобилизацию поврежденных конечностей шинами. Немедленно вызывают скорую медицинскую помощь.

При шоке очень часто развивается острая дыхательная недостаточность как следствие резких болей, так и нарушения проходимости дыхательных путей (рвотными массами, инородными телами, кровью). На признаки острой дыхательной недостаточности указывают: синюшность кожных покровов, потливость, аритмичное дыхание.

Восстановить дыхательную проходимость можно следующим приемом: голову пострадавшего отводят назад, а нижнюю челюсть выводят вперед.

Выраженные симптомы терминального состояния дают основание для проведения реанимационных мероприятий — искусственная вентиляция легких «из рта в рот» или «из рта в нос», наружный массаж сердца.

Во избежание осложнений как можно реже переключают и поворачивают пострадавшего. Если отсутствует подозрение на повреждение внутренних органов, то ему дают горячий чай или кофе.

Для оказания специализированной

врачебной помощи пострадавшего на носилках госпитализируют в реанимационное или травматологическое отделение.

Ожоги

В быту и на производстве широкое распространение получили источники высоких температур, а также сильнодействующие химические вещества, неосторожное обращение с которыми приводит к несчастным случаям — ожогам.

Ожог — это один из видов травмы, от чего прежде всего страдают кожные покровы человека. Частота ожогов по сравнению с травмами колеблется от 5 до 12 %.

В связи с принятием на вооружение зажигательных смесей и ядерного оружия опасность частоты ожогов возрастает. Из числа погибших в Хиросиме и Нагасаки от взрыва атомных бомб 50 % умерли от ожогов. Вызываются ожоги самыми разнообразными источниками: пламя, горячий пар, кипящие жидкости, нагретые и расплавленные вещества (металл, пластмасса, битум, асфальт), электрический ток, сильнодействующие химические вещества.

Тяжесть ожога любого происхождения зависит как от силы, так и от продолжительности воздействия источника на кожу. По глубине поражения тканей ожоги делят на четыре степени.

I степень — покраснение и отек кожи. Эти явления обычно через несколько дней быстро проходят, не оставляя следа.

II степень — покраснение кожи сопровождается отслойкой кожи и образованием пузырей, наполненных прозрачной желтоватой жидкостью. Сильные боли продолжаются 2—3 дня.

III а степень — омертвление всех слоев кожи. Ткани отечны, покрыты тонким светло-коричневым струпом. III б степень — кожа мертвеет полностью, образуя с близлежащими тканями плотный бурый струп.

IV степень — омертвление кожи и глубжележащих тканей, струп черного цвета, нередко с признаками обугливания.

Ожоги I—III а степени являются поверхностными, и со временем они начи-

нают самостоятельно затягиваться. Ожоги III б — IV степени относят к глубоким, восстановление кожных покровов может быть достигнуто лишь оперативным путем. Когда рана очистится от омертвевших тканей, на нее пересаживают собственную кожу пострадавшего, срезанную тонким слоем на здоровом участке тела.

Большое значение для дальнейшего течения болезни, ее прогноза имеет величина и локализация обожженного участка. Ожог лица и рук вызывает сильные боли, так как они обильно снабжены нервами, а поэтому особенно чувствительны к травме, и болезнь протекает особенно тяжело.

Каков прогноз при ожогах? Если площадь поражения глубоких ожогов меньше 9 % поверхности тела, то у пострадавших остаются шансы на жизнь. Если ожоги занимают от 20 до 29 % площади тела, погибает $\frac{1}{3}$ пострадавших. При глубоких ожогах половины поверхности тела и более надежды на выживание нет.

При ожоге II—IV степени с площадью поражения 10—15 % тела часто возникает ожоговый шок, падает артериальное давление, учащаются пульс и дыхание, уцелевшие кожные покровы бледные; выступает липкий холодный пот. Пострадавшие возбуждены, жалуются на тошноту и жажду. С дальнейшим развитием шока наступает глубокая апатия.

Для того чтобы определить площадь пораженной поверхности тела, используют правило «ладони». Его применяют так. Размер ладони взрослого человека составляет примерно 1 % всего кожного покрова. Прикладывая ладонь на пораженные участки, можно вычислить площадь ожога. При массивном поражении ладонь накладывают на здоровые участки тела, полученную цифру вычитают из 100, что и будет составлять процент ожога кожи.

В зависимости от характера повреждающего агента ожоги подразделяют на виды: термические, электроожоги, химические ожоги.

Термические ожоги бывают обусловлены воздействием горячей жидкости, расплавленного металла, пластмасс, пламени и т. д. Как правило, термические ожоги возникают от источника темпера-

турой 50—60 °C и выше. Ожоги жидкостями чаще бывают поверхностными, ожоги пламенем — тяжелые.

Что происходит с кожей в момент соприкосновения с горячим источником?

Она реагирует по-разному, в зависимости от мощности травмирующего фактора. В легких случаях свертывается белок клеток и тканей, расширяются капилляры и повышается проницаемость их клеток. Жидкая часть крови просачивается в ткани и образует отек.

В тяжелых случаях действие высокой температуры приводит к омертвлению тканей. Характерно еще и то, что возникший отек и воспаление раздражают нервные окончания и вызывают сильнейшие боли. Заметим, что наиболее тяжелые ожоги возникают при воспламенении одежды.

Электроожоги возникают при соприкосновении с источником тока и сопровождаются разрушениями тканей. На коже образуются характерные для ожогов «метки» и струпья, имеющие четко очерченные контуры.

Химические ожоги являются следствием воздействия на кожу химически активных веществ. Зона поражения имеет четкие границы и неправильную форму. Цвет пораженного участка зависит от характера химического вещества: при ожогах серной кислотой кожа коричневая или черная, азотной — желто-коричневая, соляной — желтая и т. д.

Концентрированные растворы кислот при действии на мягкие ткани образуют сухой струп.

От раны часто исходит запах химического соединения.

Ожоги глаз возникают в результате прямого действия на ткани глаз высокой температуры, химических веществ, лучистой энергии.

При ожогах I степени наблюдаются покраснение и отек кожи век, конъюнктивы, легкое помутнение роговицы, резкая боль, слезотечение. Ожоги II степени характеризуются образованием пузырей в области век, матовой окраской конъюнктивы, резким отеком век. При ожогах III степени — омертвление кожи век с образованием струпа, а также конъюнктивы и роговицы, которые приобретают вид матового стекла. Если возникает ожог IV степени, то омертвевают

ткани век и всех слоев роговицы, глазного яблока.

Ожоги приводят к снижению зрения различной степени.

Ожог дыхательных путей чаще всего наблюдается при пожарах и взрывах в закрытых помещениях.

Признаками травмы являются: покраснение и отечность лица, полости рта, языка, зева, опаление волос в носовых ходах. Пострадавшие жалуются на боль при глотании, першение в горле, кашель, боль за грудиной, осиплость голоса, затрудненное дыхание.

Первая помощь. Объем и характер медицинской помощи зависят от тяжести, глубины, площади поражения и вида травмирующего агента. Большое значение имеет оперативность: нужно действовать быстро, четко, последовательно.

Но прежде всего нужно быстро прекратить действие поражающего фактора. С человека либо сбрасывают горящую или тлеющую одежду, либо пламя сбивают водой, одеялом, ковром.

Нельзя бежать в горящей одежде, так как при движении пламя не гаснет, а еще больше разгорается. В крайнем случае надо упасть на землю и, прижимаясь к ней, попытаться погасить пламя. Чем скорее оно потушено, тем меньше времени воздействия высокой температуры на кожу, тем легче ожог.

Чтобы снять боль, пораженные участки кожи орошают струей холодной воды, зимой обкладывают снегом или льдом на 10—15 минут. Травмированную поверхность обрабатывают спиртом, одеколоном, бензином.

Пузыри не вскрывают и не прокалывают. На рану накладывают сухую асептическую повязку, используя индивидуальный пакет, а при его отсутствии — чистое полотно, носовые платки и т. д.

Обширные и глубокие ожоги требуют иной тактики. С пострадавшего бережно снимают одежду (прилипшие участки обрезают), раневую ткань не смазывают никакими веществами, но человека укутывают в мокрую простыню, дают 1—2 таблетки анальгина и питьевую воду с добавлением поваренной соли (1 чайная ложка на литр воды).

Срочно вызывают скорую помощь.

В случае шока одежду лучше разрезать, а пораженные участки кожи покрыть чистой тканью и создать максимальный покой. Очень полезно — если пострадавший в сознании — напоить его горячим чаем. При обширных ожогах конечностей производят транспортную иммобилизацию подручными средствами.

В случае химического ожога самым первым и надежным помощником служит холодная вода, которая снижает концентрацию химических веществ и смывает их. Пораженную кожу в течение 15—20 минут орошают струей воды, после чего накладывают повязку.

При ожогах кислотой орошаемую воду пропитывают раствором питьевой соды (одна чайная ложка на стакан воды), при ожогах щелочами — раствором борной кислоты (в той же пропорции).

При электроожогах раны смачивают одеколоном или спиртом. В случае термических ожогов глаз остатки веществ с век, ресниц, слизистых оболочек удаляют стерильным бинтом или струей воды. При ожогах кислотами глаза промывают водой в течение 10—15 минут. На пораженный глаз накладывают асептическую повязку и больного направляют в глазное отделение.

Во всех случаях обширного ожога требуется срочная госпитализация в специализированное (ожоговое) отделение. Транспортировка больного производится на носилках в положении лежа.

Профилактика. Подсчитано, что бытовые ожоги составляют до 70 % всех термических травм. И что особенно печально, почти половина пострадавших — дети, оставленные без присмотра. Отсюда вывод: нельзя оставлять детей без наблюдения взрослых. Нужно также быть крайне осторожными при работе с нагретыми металлами и пластмассами, химическими веществами, огнем, электроприборами.

Отморожения

Резкое снижение температуры вызывает местное повреждение тканей человека, то есть отморожение, которому чаще всего подвергаются незащищенные части тела, а также кончики пальцев рук и ног. Продолжительное действие холода сначала вызывает расширение, а затем

спазм кровеносных сосудов; нарушается питание тканей, и как следствие этого — наступает их гибель.

Симптомы. В скрытом периоде можно и не заметить первых признаков отморожения из-за потери чувствительности. Однако в большинстве случаев ощущается холод, потом небольшая боль и покалывание. Далее следует побеление отмороженного участка и утрата чувствительности.

Различают четыре степени отморожения.

I степень — побледнение или покраснение кожи, умеренная припухлость пораженных участков. Болевая чувствительность снижена, при согревании она повышается.

II степень — образование пузырей, наполненных серозной или кровянистой жидкостью. Омертвление участков кожи. Болевая чувствительность снижена.

III степень — окраска кожи багровая, омертвление участков кожи и подкожной клетчатки. Выраженное онемение конечностей, сильные боли.

IV степень — омертвление всех тканей, включая и костную.

Первая помощь. При отморожении первой степени пораженный участок согревают теплой водой и производят легкое растирание кожи. Растирание делают до тех пор, пока отмороженное место не покраснеет и не потеплеет. Распространенный обычай растирать отмороженную часть тела снегом приносит только вред, а не пользу, так как при растирании снегом еще больше охлаждается кожа, к тому же им можно нанести ссадину и инфицировать ее.

В отсутствие горячей воды травмированные места протирают спиртом, одеколоном, водкой, 5 %-ной йодной настойкой и накладывают асептическую повязку. Отморожения II—IV степени требуют срочного хирургического вмешательства, поэтому после обработки кожи спиртом и наложения повязки пострадавшего срочно направляют в лечебное учреждение.

Травма черепа и головного мозга

Повреждения черепа и головного мозга (черепно-мозговая травма) — наиболее тяжелый и распространенный вид

механической травмы — составляют 30—35 % всех видов травм. Возникают они от удара по голове, при падении с высоты, транспортных происшествий и т. д.

Принято различать закрытые и открытые черепно-мозговые травмы, с повреждением и без повреждения костей черепа.

При закрытых черепно-мозговых травмах не происходит нарушений целостности мягких тканей головы, при открытых — выделяют три группы повреждений: ранения мягких тканей, непроникающие ранения черепа (твердая мозговая оболочка не повреждена) и проникающие ранения (с повреждением твердой мозговой оболочки).

Закрытые повреждения черепа по традиции подразделяют на переломы костей, сдавление головного мозга, сотрясение мозга и ушиб мозга. Это разделение в известной мере условно, в практике неотложных состояний обычно наблюдаются комбинации указанных форм.

Переломы костей черепа. Эти повреждения составляют 18—20 % числа тяжелых черепно-мозговых травм. На закрытые переломы черепа приходится около $\frac{2}{3}$ повреждений. Травмы очень опасны для жизни, часто приводят к тяжелым осложнениям.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся закрытые переломы черепа: переломы костей свода черепа, переломы основания черепа и комбинированные переломы.

Переломы костей свода черепа возникают в результате сильного удара по голове. Травмируются в большей степени теменные, лобные, височные и затылочные кости. Переломы подразделяют на линейные, оскольчатые и вдавленные. Линейные переломы (трещины) могут не приводить к разрушению мозга, в то же время оскольчатые переломы часто вызывают разрывы твердой мозговой оболочки, разрушения мозгового вещества.

Симптомы. При осмотре головы пострадавшего оказывающий помощь обращает внимание на изменения контуров свода черепа: есть ли вдавления, припухлости, кровоподтеки, ссадины? При ощупывании отмечается болезненность, иногда хруст костных отломков.

Возможны параличи, парезы, расстройства речи и чувствительности. Перелому нередко сопутствуют сотрясение мозга и травматический шок.

Однако тяжесть травмы зависит не столько от собственно перелома костей, сколько от степени повреждения вещества мозга.

Первая помощь. Пострадавшему придают горизонтальное положение. Во избежание асфиксии рвотными массами голову осторожно поворачивают набок. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь. Пострадавшего обязательно госпитализируют в нейрохирургическое (травматологическое) отделение. Его транспортируют на носилках в положении лежа. Для придания голове неподвижности вокруг нее образуют валик в виде баранки из одеяла или одежды.

Перелом основания черепа возникает при падении на ноги, при ударе в челюсть, в область носа, при нырянии и т. д. Линии излома всегда проходят по наиболее утонченным участкам. Травма, как правило, сопровождается разрывом твердой мозговой оболочки, повреждением мозгового вещества.

Симптомы. Пострадавший находится без сознания. Возникает тошнота, рвота, нарушается дыхание. Но классическим признаком перелома основания черепа является ликворея (истечение спинномозговой жидкости из рта, носа, уха). Повреждение сосудов приводит к кровотечению из носа. На лице и вокруг глаз образуются кровоподтеки («темные очки»).

Первая помощь. Пострадавшего бережно укладывают на спину или живот. Во избежание асфиксии голову поворачивают набок, полость рта периодически протирают марлевыми тампонами или носовым платком. К голове прикладывают холодный компресс (лучше — полиэтиленовый пакет со снегом). При выделениях из уха накладывают асептическую повязку.

Срочно вызывают скорую медицинскую помощь. Если такой возможности нет, пострадавшего транспортируют в нейрохирургическое (травматологическое) отделение на спине с приподнятой головой. Голову фиксируют валиком из одежды или одеяла.

Сдавление головного мозга — наиболее

тяжелая форма закрытой черепно-мозговой травмы, сопровождающаяся кровоизлиянием в полость черепа и образованием гематомы. Развивается медленно и сопровождается опасными для жизни общемозговыми явлениями: головной болью, потерей сознания, судорогами. Наиболее частой причиной сдавления мозга служат внутричерепные гематомы (кровоизлияния).

Симптомы. Пострадавший беспокоен, мечется, стонет из-за мучительных головных болей. Дыхание учащенное (до 50—60 в минуту), шумное, при одновременном замедлении пульса — до 30 ударов в минуту. Вслед за возбуждением наступает угнетение: общая вялость, сонливость, возникает дыхательная недостаточность. Возможно одностороннее расширение зрачка.

Первая помощь. Пострадавшему придают горизонтальное положение. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь и госпитализируют в нейрохирургическое отделение. В пути голову пострадавшего поворачивают в сторону, так как возможны рвота, западание языка и как следствие — асфиксия.

Сотрясение головного мозга возникает почти во всех случаях черепно-мозговой травмы. Сопровождается кратковременной потерей сознания и утратой памяти на предшествовавшие травме события.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на тошноту, рвоту, головокружение. Кожные покровы бледные, холодные. Зрачки нормальные или расширены. Дыхание замедленное. Пострадавший обычно вял, адинамичен.

Сотрясение мозга сопровождается продолжительным расстройством сознания, иногда шоковым состоянием. На голове и других частях тела можно выявить гематомы, ссадины, раны.

Первая помощь. Пострадавшему придают горизонтальное положение, во избежание рвоты голову поворачивают в сторону. При повреждении мягких тканей накладывают асептическую повязку на голову. Никаких обезболивающих таблеток не дают.

Срочно вызывают скорую медицинскую помощь. Пострадавшего доставляют в травматологическое отделение. В пути следят за положением головы:

придают ей неподвижность валиком из одежды или одеяла.

Ушиб головного мозга, как и сотрясение мозга, вызывается травмой черепа и является более тяжелым повреждением. Различают ушибы легкой, средней и тяжелой степени.

Симптомы. При ушибах легкой степени пострадавший жалуется на головокружение, тошноту, нарушение чувствительности на конечностях. При ушибах средней степени возможны парезы, параличи, речевые нарушения, снижение зрения и слуха. При ушибах тяжелой степени нарушается дыхание, глотание, сердечная деятельность. Пострадавший часто находится без сознания.

Первая помощь. Пострадавшего укладывают на носилки. При нарушении проходимости верхних дыхательных путей полость рта и глотки освобождают от слизи. Кровотечение останавливают путем наложения давящей повязки. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь.

Пострадавшего с ушибом мозга любой тяжести следует обязательно доставить в травматологическое отделение на носилках в положении лежа.

Открытые повреждения черепа — это повреждения, сопровождающиеся ранением тканей головы. Повреждения могут быть как с травмой, так и без травмы кости, проникающие и непроникающие.

При непроникающих ранениях черепа неповрежденной остается твердая мозговая оболочка, служащая главным барьером против проникновения инфекции в вещество мозга.

Проникающие ранения черепа сопровождаются повреждением мозговых оболочек с образованием сообщения между полостью черепа и окружающей средой.

По месту расположения открытые ранения подразделяют на ранения лобной, теменной, височной, затылочной областей и их сочетания. Вид раны и тип повреждения зависят от механизма травмы. Например, в случае тупой травмы возникает ушибленная или рваная рана, а перелом костей оказывается вдавленным. При этом могут травмироваться сосуды, оболочки и кора головного мозга.

Если повреждение вызвано воздейст-

вием холодного оружия на ткани черепа, образуется резаная или колотая рана, а перелом костей может быть оскольчатым или дырчатым.

Огнестрельные ранения черепа также носят самый разнообразный характер — слепые, касательные, сквозные, одиночные, множественные и т. д.

Симптомы повреждений в остром периоде зависят, с одной стороны, от степени повреждения тканей и костей, и определяются мозговыми явлениями (расстройством сознания, дыхания), с другой — сердечной деятельностью. Признаки очаговых проявлений зависят и от того, какой участок мозга поражен по ходу раневого канала.

При разрывах мягких тканей, костей и оболочек мозга из раны выделяется кровь, спинномозговая жидкость, вещество мозга.

Первая помощь. На рану накладывают повязку. Голову поворачивают набок, чтобы избежать асфиксии рвотными массами. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь. Пострадавшего транспортируют в нейрохирургическое (травматологическое) отделение на носилках в положении лежа.

Травмы лица и челюсти

Особенность челюстно-лицевой травмы состоит в том, что она зачастую носит обезображивающий характер. Травмы могут быть самыми разнообразными: раны и ушибы мягких тканей, переломы костей и вывих нижней челюсти.

Челюстно-лицевые травмы часто сопровождаются сотрясением, ушибом и сдавлением мозга, повреждением гортани, органов полости рта и носа.

При ранении губ раны зияют и кровоточат, развивается быстрый отек, губы становятся массивными и малоподвижными. Нередко повреждается околоушная железа, лицевые нервы, слюнные железы, зубы и т. д.

Травмированию в основном подвергается верхняя и нижняя челюсти, кости носа и скуло-орбитальный комплекс.

К повреждениям верхней челюсти относятся повреждения мягких тканей, трещины и переломы кости. Причиной травмирования обычно служат удары

по лицу твердым предметом, автомобильные катастрофы, падения с высоты.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на боль в различных отделах лица, головные боли, головокружение, расстройство глотания, общую слабость. При осмотре и ощупывании лица выявляются кровоподтеки, смещение зубов, хруст костных отломков, кровотечение из носа, иногда из ушей, причем оно может повториться даже после оказания первой помощи. Повторное кровотечение свидетельствует не только о переломе тела челюсти, но и о повреждении лобной или носовых костей.

Первая помощь. Пострадавшему следует оказать незамедлительную помощь, иначе он может погибнуть от травматического шока или кровотечения. Прежде всего принимают меры для остановки кровотечения (тампонада носа, давящая повязка) и уменьшения болей (иммобилизация костных отломков).

Отломки верхней челюсти закрепляют так. Узкую палочку, обернутую носовым платком или бинтом, подводят под зубы верхней челюсти и фиксируют за выступающие из рта концы этой палочки бинтом или тесьмой, укрепляя их несколькими турами вокруг головы (рис. 27).

Срочно вызывают скорую медицинскую помощь для госпитализации в стоматологическое (травматологическое) отделение. Если пострадавшего приходится перевозить попутным транспортом, то соблюдают особую осторожность: госпитализируют лежа, повернув голову набок.

Повреждение костей носа чаще бывает изолированным и составляет 16—23 % всех переломов лицевого скелета. Травмы носа сопровождаются ссадинами, ушибленными ранами, кровотечением как без повреждения костно-хрящевых отделов носа, так и с его повреждением. Под воздействием сильного удара происходит перелом перегородки носа и может наступить вывих носовых костей из лобного шва. При ощупывании спинка носа свободно двигается, возникает ее искривление или боковое смещение.

Симптомы. Появляются кровоподтеки под глазами; развивается обильное кровотечение, нос деформирован.

При переломах костей скуло-орбитального комплекса основными клини-



Рис. 27. Иммобилизация костных отломков верхней челюсти

ческими признаками являются: боль и ограничение открывания рта, отек мягких тканей, кровотечение из носа, шум в ушах. При травмах подглазничного края не исключена возможность повреждения подглазничного нерва, которая сопровождается потерей чувствительности кожи щеки, боковой поверхности носа и верхней губы.

Первая помощь. Пострадавшему накладывают повязку. Вызывают скорую медицинскую помощь, которая доставляет больного в травматологическое отделение.

Повреждения нижней челюсти занимают ведущее место среди других травм лицевого скелета. Это объясняется ее большими размерами и открытым (выдвинутым) положением. Травмируются как мягкие, так и костные ткани.

Среди повреждений довольно часто встречается вывих нижней челюсти, который возникает при ударе, чрезмерном раскрытии рта в момент зевания, смеха или еды, когда суставная головка выходит из суставной впадины и выдвигается вперед.

У людей пожилого и старческого возраста нередко наблюдаются так называемые привычные вывихи.

Диагностика вывиха нижней челюсти не представляет затруднений: рот открыт, движения челюсти ограничены, глотание затруднено, обильное слюноотделение.

Что при такой травме следует предпринять?

Исходить надо из того — привычный



Рис. 28. Вправление привычного вывиха нижней челюсти

это вывих или травматический. Привычный вывих вправляют на месте. Методика вправления очень простая (рис. 28). Больного сажают на стул. Оказывающий помощь становится впереди, вводит в рот пострадавшего по нижним коренным зубам свои большие пальцы, обернутые бинтом, и, надавливая на коренные зубы, смещает челюсть вниз и назад, одновременно подправляя ее пальцами снизу.

После вправления пострадавший свободно двигает челюстью и внятно говорит. При травматическом вывихе вправление на месте не производят, пострадавшего доставляют в травматологическое отделение, предварительно наложив на подбородок пращевидную, удерживающую челюсть повязку.

Переломы нижней челюсти обычно бывают в области центральных резцов и подбородка. Около 75 % переломов локализуется в пределах зубного ряда и является открытыми.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на резкую боль. При осмотре зубного ряда обильное слюнотечение, иногда с примесью крови. Смещение отломков приводит к ограничению подвижности челюсти, нарушению механизма открывания и закрывания рта. В тяжелых случаях возможны западания языка, что приводит к расстройству дыхания.

Первая помощь. При наличии раны и кровотечения накладывают давящую повязку. Неподвижность костным отломкам создают с помощью пращевидной повязки.

Обращают внимание на признаки

возможной черепно-мозговой травмы. Если таковая имеется, то пострадавшего укладывают на носилки и манипуляцию по остановке кровотечения проводят в положении лежа.

Для предупреждения затруднений в дыхании голову поворачивают на сторону повреждения. Пострадавшего доставляют в стоматологическое (хирургическое) отделение.

Травма груди

Грудная клетка представляет собой костно-мышечный панцирь, защищающий органы грудной полости от внешних воздействий. Травмы груди относятся к разряду тяжелых повреждений и составляют примерно 10—12 % всех больных с травмами. Большей частью их причиной служат бытовые и дорожно-транспортные происшествия.

Грудные травмы имеют самый разнообразный характер. Они бывают односторонними и двусторонними, открытыми и закрытыми, изолированными и сочетанными, проникающими и непроникающими, с повреждением и без повреждений внутренних грудных органов.

Особую опасность для жизни несут не переломы реберного каркаса, а повреждения внутренних органов и осложнения травмы в виде пневмоторакса, гемоторакса и подкожной эмфиземы.

Травматический гемоторакс — это тяжелое осложнение повреждений грудной стенки и легких, приводящее к скоплению крови в плевральной полости.

Источником внутриплеврального кровотечения, как правило, служат сосуды поврежденного легкого и межреберные артерии. Пострадавшие жалуются на боль в области травмирования, слабость, затрудненное дыхание. При осмотре — кожные покровы бледные, одышка. Пульс частый, малого наполнения. Пострадавшие принимают вынужденное, сидячее положение.

Пневмоторакс развивается при повреждении грудной стенки, плевры и легких. Что при этом происходит?

Через раневой канал наружный воздух проникает в плевральную полость и сдавливает легкое. Развивается удушье и одышка. Различают открытый, закрытый и клапанный пневмоторакс.

Открытый пневмоторакс возникает при ранениях груди ножом, острыми предметами и при огнестрельных ранениях, в результате чего плевральная полость через рану сообщается с наружным воздухом, который то входит в плевральную полость, то выходит из нее с характерным шумом — «рана дышит».

Закрытый пневмоторакс — следствие нарушения легочной ткани при закрытых повреждениях грудной клетки. Воздух, скопившийся в плевральной полости, не сообщается с атмосферным.

Но наиболее тяжелое осложнение представляет клапанный (напряженный) пневмоторакс. В раневом канале грудной клетки в таком случае формируется своеобразный клапан, который пропускает воздух только в плевральную полость. Обратно воздух не выходит и скапливается в ней. Это приводит к сдавлению легкого, смещению средостения, что вызывает спадение легкого и развитие удушья.

Клапанный пневмоторакс часто сопровождается эмфиземой мягких тканей грудной клетки. Подкожная эмфизема возникает как при открытых, так и при закрытых повреждениях грудной клетки. Атмосферный воздух через раневой канал распространяется по подкожной клетчатке и захватывает обширные участки тела.

Сдавление воздухом крупных сосудов и смещение сердца резко нарушают кровообращение. При нажатии на кожу ощущается «хруст» от скопившегося воздуха. Дыхание больного частое, поверхностное, лицо синюшное. Нередко появляется кровохарканье.

Первая помощь в случае возникновения пневмоторакса заключается в следующем. Необходимо постараться немедленно прекратить доступ воздуха в плевральную полость. Этого можно добиться наложением герметизирующей повязки на рану, используя прорезиненную оболочку индивидуального пакета. Внутренней (стерильной) поверхностью пакета закрывают рану и прибинтовывают к грудной клетке.

Если индивидуальный перевязочный пакет не окажется под руками, используют резиновую перчатку или накладывают тугую полотняную многослойную

повязку. Затем пострадавшего срочно доставляют в медицинское учреждение. Транспортируют его в сидячем положении.

При закрытой травме груди возникают самые разнообразные повреждения. Наиболее частые из них следующие.

Переломы ребер и грудины составляют 5—6 % всех переломов костей у взрослых. Различают трещины и полные переломы. Чаще ломаются V—VIII ребра, реже XI—XII. Изолированные переломы грудины встречаются редко. Чаще они сочетаются с переломами ребер.

Переломы ребер происходят в результате сдавления грудной клетки или прямого удара. Различают одиночные и множественные переломы. При множественных переломах нарушается дыхательная и сердечная деятельность.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на боль в области повреждения, усиливающуюся при движении и учащении дыхания. При ощупывании отмечается хруст костных отломков, при глубоком вдохе — «обрыв дыхания». Нередко перелом ребер сопровождается ранением легкого — появляется кровохарканье.

Перелом грудины обычно наступает при прямом приложении травмирующей силы, в результате чего отломки грудины могут повредить плевру, внутреннюю грудную артерию и сердце.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на резкие боли в области перелома. Дыхание затруднено. При ощупывании выявляются припухлость, сместившиеся отломки. Значительное смещение отломков грозит опасностью повредить легкое и кровеносные сосуды.

Перелом ключицы возникает в результате прямого удара, при автодорожных происшествиях, падениях с высоты.

Симптомы. Пострадавший жалуются на сильную боль, не может поднять руку вверх. При надавливании на область перелома прощупываются концы отломков. Движения руки на травмированной стороне ограничены.

Переломы лопатки чаще сочетаются с другими повреждениями и при нанесении прямого удара.

Симптомы. Пострадавший жалуются на боль, ограничение подвижности в плечевом суставе. При осмотре —

припухлость, кровоизлияние. Припухлость часто повторяет очертания лопатки (симптом «треугольной подушки»). При надавливании ощущается хруст отломков.

Первая помощь. При переломах костей реберного каркаса пострадавшему создают максимальный покой и основные усилия по облегчению состояния человека направляют на иммобилизацию костных отломков.

В случае перелома ребер на грудную клетку накладывают давящую повязку с помощью бинта, полотенца или простыни. Пострадавшего просят сделать выдох и в этом положении накладывают тугую повязку.

При переломах грудины вдоль нее накладывают широкую полосу липкого пластыря.

Если у пострадавшего обнаружен перелом ключицы, руку на поврежденной стороне сгибают и прибинтовывают к туловищу.

При отсутствии перевязочного материала руки заводят за спину, кладут на них палку и закрепляют ее в локтевых сгибах.

В случае перелома лопатки руку на поврежденной стороне прибинтовывают к туловищу.

Во всех случаях травмы вызывают скорую медицинскую помощь для госпитализации пострадавшего в травматологическое отделение. Его транспортировку осуществляют на носилках в полусидячем положении.

Разрыв легкого — повреждение легочной ткани в результате перелома реберного каркаса. Отломки ребер травмируют ткань и вызывают кровотечение (гемоторакс), пневмоторакс и эмфизему легких.

Симптомы травмы обуславливаются величиной и характером разрыва легочной ткани. В легких случаях состояние больного удовлетворительное. Беспокоят лишь боли, одышка, кровохарканье, кашель. Обширные повреждения приводят к тяжелым состояниям — шоку.

Разрывы трахеи и крупных бронхов возникают при механических травмах груди. В момент травмы происходит деформация грудной клетки, а также ранение бронхов костными отломками.

Симптомом разрыва трахеи и

крупных бронхов служит резкое расстройство дыхания — одышка. Быстро нарастает эмфизема шеи, головы, туловища. Пострадавший бледный, на лице выступает обильный пот. Пульс малый и частый.

Сдавление грудной клетки возможно при автомобильных авариях, завалах землей, обломками зданий и т. д. При этом возникает целый комплекс симптомов, который именуют травматической асфиксией.

Длительное сжатие грудной клетки влечет за собой задержку дыхания и повышение давления в кровеносных сосудах туловища. Это приводит к нарушению кровообращения и разрывам мелких сосудов. Сдавление груди нередко сопровождается переломами ребер и грудины.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на боль в груди, шум в ушах, осиплость голоса, ослабление зрения и слуха. Возможны кровотечения из носа и ушей, болезненный кашель.

Характерен внешний вид пострадавшего: кожа головы, шеи, верхней половины груди имеет ярко-красную окраску с множественными синеватыми кровоизлияниями.

В тяжелых случаях пострадавший находится в бессознательном состоянии, у него резко падает сердечная деятельность.

Ушиб грудной стенки возникает в результате воздействия травмирующей силы с относительно большой площадью приложения (падение, удар тупым предметом).

При этом кожные покровы не нарушаются, но травмируются сосуды — под кожей скапливается кровь.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на боли в месте травмирования, усиливающиеся при дыхательных экскурсиях. На теле видны множественные кровоизлияния, припухлость. В случае повреждения ребер и легких развиваются типичные для них симптомы.

Ушиб легких происходит в момент травмы грудной клетки. При этом анатомическая непрерывность легочной ткани не нарушается, но возможны кровоизлияния в легочную ткань вследствие повреждения сосудов.

Симптомы. Боли в области ушиба,

усиливающиеся при перемене положения тела. При осмотре кожных покровов выявляются кровоизлияния, припухлость.

Ушиб сердца довольно часто возникает при закрытой травме груди и не всегда вовремя распознается. Между тем эта травма несет большую опасность для человека, так как при ушибе сердца разрываются отдельные мышечные волокна и сосуды, влекущие за собой развитие инфаркта миокарда. Ушибы сердца происходят не только при травме грудной стенки над областью сердца, но и при травмах правой половины грудной клетки, верхних отделов живота.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на боли в области сердца, которые не проходят от приема нитроглицерина и валидола. Больные испытывают беспокойство, страх, ощущение удушья.

В тяжелых случаях — падение сердечной деятельности, выступает холодный пот, цвет кожных покровов становится серо-землистым.

Первая помощь при разрывах легких, трахеи, бронхов, сдавлении груди, ушибах грудной стенки, легкого, сердца в первую очередь направляется на то, чтобы создать пострадавшему покой.

Больному придают полусидячее положение, на грудь кладут пузырь со льдом или холодной водой. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь для госпитализации пострадавшего в травматологическое отделение.

Открытая травма груди (ранения). В мирное время преобладают колотые, резаные ранения грудной клетки, реже огнестрельные. Ранения груди подразделяют на непроникающие и проникающие. Непроникающие ранения отличаются относительно малыми повреждениями мягких тканей. Проникающие ранения, как правило, сопровождаются повреждениями органов, расположенных в грудной полости, с последующим развитием пневмоторакса, гемоторакса и эмфиземы легких.

Ранения легких по частоте занимают первое место среди открытых травм груди. Достоверными признаками ранения служат пневмоторакс, гемоторакс, эмфизема легких и кровохарканье.

Симптомы. Наличие раны в грудной клетке. Пострадавшие жалуются на сильные боли, нехватку воздуха, кашель и кровохарканье. Характерно и то, что больные стремятся принять полусидячее положение.

Ранение сердца происходит в результате повреждения грудной клетки в области сердца.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на боль в области раны, одышку, сердцебиение. Появляется чувство страха. При осмотре наблюдается кровотечение из раны, бледность кожных покровов, напряжение шейных вен. Нередко развивается наружное и внутреннее кровотечение с возникновением массивного гемоторакса.

Первая помощь: В случае не проникающего ранения грудной клетки края раны смазывают йодной настойкой и накладывают давящую повязку.

При проникающих ранениях сердца и легких, осложненных гемотораксом, пневмотораксом и эмфиземой легких, немедленно накладывают герметичную повязку (марлевые салфетки плотно заклеивают полосками липкого пластыря) и вызывают скорую медицинскую помощь.

В случае бессознательного состояния производят туалет полости рта пострадавшего, освобождая от слизи дыхательные пути. Больной подлежит немедленной госпитализации в хирургическое отделение. Транспортируют в положении лежа на носилках с приподнятым изголовьем.

Травма живота

Повреждения живота делят на открытые (ранения) и закрытые (тупая травма). При травме живота может возникнуть кровотечение в брюшную полость, способствующее развитию шока.

Открытые повреждения делят на проникающие (с повреждением брюшины и внутренних органов) и непроникающие (без повреждения брюшины и внутренних органов).

Непроникающие ранения вызываются холодным оружием и тупыми предметами в быту и на производстве.

В области раны отмечается болезненность и кровотечение.

Проникающие ранения вызываются

теми же факторами, что и непроникающие.

Симптомы проникающих ранений зависят от того, имеются ли повреждения внутренних органов и сопровождаются ли эти повреждения кровотечением в брюшную полость. При ранении печени и селезенки развивается сильное внутреннее кровотечение.

В случае ранения желудка и кишечника их содержимое изливается в брюшную полость, что способствует быстрому развитию перитонита — воспаления брюшины.

Раненные в живот жалуются на сильные боли, жажду, задержку кишечных газов и стула. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, язык сухой, живот напряженный и болезненный. Нередко возникает шок. Пульс частый, слабого наполнения.

Выпадение петель кишечника и других органов с несомненностью указывает на проникающее ранение живота.

Закрытые повреждения (тупая травма) живота — результат прямого удара при наездах, в быту, на производстве, спортивных соревнованиях. При такой травме либо происходит повреждение внутренних органов, либо не происходит. Естественно, симптоматика в том и другом случае будет различной.

При травме без повреждений внутренних органов пострадавшие жалуются на сильные боли в области живота, тошноту, рвоту, задержку газов. Если произошло повреждение печени, боли отдают в правое плечо, при травме селезенки — в левое плечо.

Во время осмотра брюшной стенки часто видны ушибы и разрывы мышц, кровоподтеки и припухлость в месте удара. Однако их отсутствие не исключает тяжелой травмы внутренних органов. Брюшная стенка напряжена, болезненна.

Травма, сопровождающаяся повреждением внутренних органов, представляет иную клиническую картину. Прежде всего обращают на себя внимание признаки острой кровопотери: частое поверхностное дыхание, бледность кожных покровов, холодный пот, частый пульс слабого напряжения и наполнения. Экскурсия передней брюшной стенки ограничена. Это один из весомых

признаков, указывающий на повреждение внутренних органов.

При ранениях желудка и кишечника отмечается сильная жажда и сухость во рту; боль усиливается при покашливании и поворотах. Пострадавший вынужден лежать на боку или спине с приведенными к животу бедрами.

Первая помощь. При открытых ранениях накладывают асептическую повязку. Выпавшие внутренние органы не вправляют, обезболивающих средств и питья не дают.

На живот кладут пузырь со льдом. Аналогичную помощь оказывают и при закрытых (тупых) травмах живота. Пострадавшие с травмой живота нуждаются в срочной хирургической помощи, поэтому в таком случае немедленно вызывают машину скорой помощи и срочно транспортируют больного в хирургическое отделение.

Травма таза и тазовых органов

Этот вид повреждений чаще всего представлен ушибами мягких тканей и переломами костей таза с повреждением и без повреждений внутренних органов.

Травмы возникают в результате падения с высоты, при сдавлении движущимися механизмами, при автодорожных происшествиях и относятся к разряду тяжелых повреждений, сопровождающихся, как правило, травматическим шоком.

Переломы костей таза составляют примерно 3—7 % всех переломов костей. По локализации повреждений различают: краевые переломы костей таза, переломы костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца, переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца, переломы вертлужной впадины, переломы костей таза с повреждением тазовых органов.

Наиболее слабым местом является передний отдел, а наиболее сильным — задний отдел тазового кольца.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на сильные боли, усиливающиеся при сдавлении таза руками. При всех видах переломов больной не может ни встать, ни сесть. Функции нижних конечностей нарушаются.

В случае повреждения органов, расположенных в малом тазу (мочевой пузырь, уретра, прямая кишка и т. д.), возникает шок, кровотечение.

Разрывы мочевого пузыря нарушают механизм мочеиспускания. Пострадавшие предъявляют жалобы на частые и бесплодные позывы, на небольшое выделение мочи с примесью крови. При разрывах уретры на первый план выступают кровотечение, признаки задержки мочи и жгучая боль при попытке мочеиспускания.

Перелом копчика приводит к сильным болям при сидении и акте дефекации.

Первая помощь. Таз пострадавшего бережно стягивают полотенцем или тканью. На носилки кладут деревянный щит (широкую доску) и осторожно укладывают больного, который должен лежать на спине с несколько разведенными и согнутыми в коленях (положение «лягушки») ногами.

Для расслабления мышц и уменьшения болей под коленные суставы подкладывают свернутые в виде валика одежду, одеяло, подушку. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь и пострадавшего госпитализируют в травматологическое отделение.

Травмы позвоночника и спинного мозга

Повреждения позвоночного столба относятся к наиболее тяжелым по своим последствиям видам травм, ибо в позвоночном канале заключен спинной мозг, который при травме может быть сдавлен или разрушен, а это значит, что функции многих органов человека окажутся расстроенными.

В практике неотложных состояний наблюдаются травмы позвоночника как с повреждением, так и без повреждения спинного мозга.

Переломы позвоночника составляют около 0,5 % по отношению к общему числу переломов.

Возникают они при чрезмерном переразгибании, падении вниз головой, ударах сзади. Различают переломы тел позвонков, дужек, поперечных, остистых и суставных отростков. Наиболее часто встречаются компрессорные пере-

ломы тел позвонков и переломы поперечных отростков.

Переломы могут быть односторонними и двусторонними, со смещением и без смещения, и обычно наблюдаются в местах перехода подвижного отдела в слабоподвижный.

В шейном отделе чаще повреждаются V—VI позвонки, в грудном — XI—XII и в поясничном — I, II и IV позвонки. При переломах шейного отдела позвоночного столба смертность наблюдается в 33 %, в грудном — в 8 % и в поясничном — в 6 % случаях.

Симптомы повреждения позвоночного столба зависят от характера травмы. При переломах тела и дуг позвонка возникает боль, припухлость в месте травмы, деформация позвонка. При переломах остистых и поперечных отростков появляется локальная болезненность, усиливающаяся при надавливании пальцем. Можно прощупать хруст отломков. Учитывая напряжение мышц и болезненность, невозможным становится разгибание ног в тазобедренном суставе.

Повреждения спинного мозга наблюдаются в сочетании с переломами тел позвонков, разрывами связочного аппарата или вывихами позвонков. Различают сотрясение, ушиб, сдавление спинного мозга.

Сотрясение спинного мозга не вызывает необратимых изменений, но тем не менее возможны преходящие парезы, параличи, расстройства чувствительности и нарушение функций тазовых органов, которые через несколько дней исчезают.

Ушиб спинного мозга нередко ведет к органическим изменениям в тканях мозгового вещества, что влечет за собой развитие параличей, парезов, расстройство чувствительности. Со временем чувствительные и двигательные функции восстанавливаются. Но не все. Могут наблюдаться остаточные явления.

При сдавлении спинного мозга нередко возникает спинальный шок, при котором внезапно выпадают двигательные и чувствительные функции ниже уровня повреждения спинного мозга.

При переломах шейных позвонков боль усиливается при движении головы.

Характерно, что голова может находиться в согнутом или разогнутом положении. Потеря чувствительности, нарушение акта дефекации и мочеиспускания указывают на повреждение спинного мозга.

Если произошли переломы грудных и поясничных позвонков, при поколачивании пальцем появляется боль, расстраиваются двигательные и чувствительные функции нижних конечностей.

Аналогичная клиническая картина наблюдается при огнестрельных ранениях и растяжениях позвоночного столба.

Первая помощь. При переломах шейных позвонков накладывают импровизированную шину от поясницы до затылка или из подручных материалов изготовляют стоячий воротник для уменьшения движения головы. Во избежание осложнений пострадавшего нельзя ставить на ноги и без цели поднимать.

В случае переломов грудных, поясничных и крестцовых позвонков больного крайне осторожно укладывают на носилки с плотным щитом или широкой доской, под плечи и голову подкладывают валики и подушки. При перекладывании на носилки не допускают грубых движений. Для транспортировки пострадавшего в травматологическое отделение вызывают скорую медицинскую помощь.

Травмы опорно-двигательного аппарата

В практике неотложных состояний повреждения опорно-двигательного аппарата резко доминируют над всеми другими травмами. Классификация травм опорно-двигательного аппарата весьма разнообразна. Наиболее типичными из них являются следующие повреждения.

Вывихи составляют до 3 % всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Вывих — это стойкое смещение концов костей, входящих в тот или иной сустав. Смещение сопровождается разрывом суставной сумки, а иногда и повреждением связочного аппарата, сосудов и мышц.

Причинами вывихов являются падения, автодорожные катастрофы.

Вывих большого пальца

кисти возникает при чрезмерном его разгибании при падении на руку. Пострадавшие жалуются на боль, ограниченность движения пальца. При осмотре наблюдается укорочение пальца, он разогнут, у основания видна припухлость.

Вывих в локтевом суставе вызывается падением на вытянутую руку. Локтевой сгиб деформируется, рука принимает полусогнутое положение, движения болезненны и ограничены.

Вывих в плечевом суставе возникает при падении на кисть вытянутой руки или при резком подъеме руки вверх. У мужчин встречается в 4—5 раз чаще, чем у женщин. Чаще всего происходит передний вывих, при этом головка плеча перемещается в подмышечную впадину. В месте травмы отчетливо видна деформация сустава, рука болезненна и не двигается. Плечо на больной стороне кажется удлиненным и обычно отведено от туловища. Пострадавшие, как правило, поддерживают травмированную конечность за предплечье.

Вывих в тазобедренном суставе возникает от действия большой, чаще не прямой силы при падении с высоты, автодорожных происшествий, обвалах. Пострадавшие жалуются на сильную боль в области тазобедренного сустава и отсутствие движений конечностей.

Травмированная нога, как правило, укорочена, колено повернуто внутрь, к здоровой ноге. Больной принимает вынужденное положение — лежит на спине или здоровом боку.

Вывих в коленном суставе происходит при падениях с высоты и автодорожных происшествиях. При этом нередко происходит разрыв связочного аппарата. Пострадавший не может стать на ногу, которая находится в полусогнутом состоянии. Коленный сустав деформирован и увеличен в объеме. Под натянутой кожей прощупывается нижняя часть бедра или верхняя часть голени. Иногда наблюдается сдавление и повреждение сосудов в подколенной ямке.

Вывих в голеностопном суставе почти всегда сочетается с переломами лодыжек и разрывом свя-

док. Пострадавшие жалуются на сильную боль и отсутствие движений. При осмотре выявляются кровоподтеки, деформация сустава, его припухлость.

Первая помощь при вывихах предполагает два вида действий — иммобилизацию мест повреждения и быструю транспортировку пострадавшего в травматологическое отделение.

При вывихах большого пальца кисти и в локтевом суставе руку подвешивают на косынку. В случае вывиха в плечевом суставе поврежденную руку прибинтовывают к туловищу или подвешивают на косынку. При вывихах в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах травмированную область иммобилизуют с помощью импровизированных шин (транспортная иммобилизация).

На месте происшествия никаких вправлений не производят, иначе можно усугубить положение, так как часто наряду с вывихом смещаются не только суставные поверхности костей, но и происходит разрыв связок, мышц, кровеносных сосудов и нервов. Нередко встречаются и внутрисуставные переломы костей.

Вывих должен быть быстро вправлен, так как развивающийся отек в месте травмы значительно ухудшает прогноз. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь или пострадавшего доставляют в травматологическое отделение.

Переломы

В зависимости от характера травмы переломы костей конечностей носят самый разнообразный характер. Несмотря на то что кости обладают большой прочностью, переломы являются наиболее распространенным видом повреждений.

Что такое перелом? Это нарушение целостности кости в результате удара, сгибания или сдавления. Переломы костей рук и ног могут быть открытые и закрытые, со смещением и без смещения.

Особую опасность несут открытые переломы, так как в этих случаях создается угроза обильного кровотечения и проникновения в рану болезнетворных микробов, способствующих развитию воспалительных осложнений.

Несмотря на многообразие переломов, их клиническая картина имеет ряд общих признаков: нарушается подвижность травмированной кости, в месте повреждения отмечается боль, припухлость, деформация, следы ушиба.

При открытых переломах видна рана мягких тканей, нередко осложненная кровотечением. Первая помощь, как правило, включает в себя остановку кровотечения; предохранение раны от инфекции (наложение асептической повязки), иммобилизацию костных отломков (шина) и транспортировку в травматологическое отделение.

Переломы бедренной кости могут локализоваться в верхней, средней и нижней частях бедра.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на резкую боль и отсутствие движений в конечности. При осмотре без труда определяются припухлость, кровоподтеки, деформация. Конечность заметно укорочена. У худощавых людей удаётся заметить подвижность костных отломков в зоне перелома. При открытом переломе развивается кровотечение, иногда шок.

Первая помощь. В первую очередь останавливают кровотечение — на рану накладывают асептическую повязку. Затем травмированную конечность иммобилизуют шинами или прибинтовывают к здоровой ноге. Немедленно вызывают скорую медицинскую помощь. Пострадавшего транспортируют на носилках в положении лежа в травматологическое отделение.

Внутрисуставные переломы костей коленного и голеностопного суставов возникают при прямых ударах и часто сочетаются с подвывихами и разрывами связок. При этом появляется резкая боль и отек. Движения в суставе крайне ограничены.

На область травмы накладывают шины. Для уменьшения боли сюда же прикладывают холод (снег или лед в полиэтиленовых пакетах). Вызывают скорую медицинскую помощь. Пострадавшего переносят на носилках и доставляют в травматологическое отделение для последующего лечения.

Переломы костей голени, так же как и переломы костей бедра, локализу-

ются в верхней, средней и нижней ее трети. Пострадавшие жалуются на сильные боли и ограничение подвижности голени. При осмотре выявляется припухлость, кровотечение (при открытом переломе), выпячивание концов отломков. Стопа повернута наружу или внутрь. Иногда развивается шок.

Первая помощь заключается в остановке кровотечения (в случае открытого перелома), наложении шины и доставке пострадавшего в травматологическое отделение.

Переломы надколенника, как правило, возникают при прямых ударах или падении на согнутый коленный сустав.

Кроме общих признаков перелома, при переломах надколенника наблюдаются разрывы мышц, а при ощупывании определяется щель между отломками. Пострадавшие не могут поднять выпрямленную в коленном суставе ногу.

Первая помощь состоит в наложении давящей повязки и шины. Пострадавшего госпитализируют в травматологическое отделение.

Переломы лодыжек происходят в результате подвывивания стопы. Ощущается резкая боль в месте перелома. Отчетливо просматривается деформация и отечность в области голеностопного сустава.

При надавливании на лодыжки ощущается крепитация отломков.

Для оказания первой помощи требуется немного: наложить давящую повязку на голеностопный сустав и импровизированную шину на голень с переходом на стопу. Пострадавшего направляют в травматологическое отделение.

Перелом костей стопы составляет около 30 % из общего числа закрытых переломов. Наиболее часто встречаются переломы фаланг пальцев и пяточной кости.

Травмы возникают при падении с высоты и при наездах движущегося транспорта.

Симптомы перелома костей стопы характерны для обычных переломов опорно-двигательного аппарата: боль, припухлость, кровоизлияние в месте перелома, ограничение подвижности конечностей. В случае открытого перелома — кровотечение.

Первая помощь. На поврежденное место накладывают повязку. Стопу иммобилизуют шиной с переходом на голень. Пострадавшего направляют в травматологическое отделение, транспортировка осуществляется на машине в положении сидя.

Повреждения мягких тканей конечностей

Травмы мягких тканей встречаются довольно часто. Они могут быть изолированными и сочетаться с другими повреждениями. Чаще всего наблюдаются такие виды повреждений, как ушибы и травмы связок.

Ушибы — это повреждения тканей, не сопровождающиеся нарушением кожных покровов. При этом травмируется подкожная клетчатка, сосуды и мышцы. Часто развиваются подкожные и мышечные кровоизлияния.

Симптомы. В месте повреждения образуется обширный кровоподтек, отмечается напряжение тканей, быстро нарастают явления отека (припухлость), боль.

Первая помощь. На травмированное место накладывают давящую повязку, прикладывают холод. Конечности придают возвышенное положение. Пострадавшего направляют к врачу.

Повреждение связок обычно происходит при непрямом воздействии травмирующей силы. Повреждение связок часто именуют как растяжение. В действительности же связки не растягиваются, а повреждаются в местах их прикрепления — происходит отрыв или разрыв отдельных волокон. Полный отрыв связки от места ее прикрепления возможен вместе с участком костной ткани.

В практике неотложных состояний чаще всего отмечено повреждение связок голеностопного, коленного и лучезапястного суставов.

При травмировании связок голеностопного сустава, когда подвывается стопа, возникает сильная боль и резкое ограничение подвижности конечности. При осмотре сустав оказывается отечным, со следами кровоизлияния.

Травма связок в коленном суставе обусловлена резкой нагрузкой на колен-

ный сустав (прыжки с парашютом, падения с высоты). В месте повреждения формируется резкая болезненность. Пострадавший не может двигать голенью. Диагноз разрыва связок подтверждается рентгенологическим исследованием.

Связки лучезапястного сустава повреждаются при падении на вытянутую руку. В месте травмы развивается кровоизлияние в область сустава, боль, отечность. Движения кисти ограничены.

Первая помощь при повреждении связок заключается в следующем. На область травмированного сустава для ограничения подвижности накладывают давящую повязку. Конечности придают возвышенное положение. К месту ушиба прикладывают пузырь со льдом или бутылку с холодной водой.

Пострадавшего направляют к врачу. Ни в коем случае нельзя при повреждении связочного аппарата тянуть за конечность.

Сочетанная и множественная травма

Особенность современного травматизма состоит в том, что зачастую при многих несчастных случаях повреждаются не один орган или анатомическая область, а несколько органов и анатомических областей.

Причинами таких травм является воздействие сильных травмирующих агентов — аварии на транспорте и производстве. Ученые подсчитали: множественные повреждения наблюдаются у 7 % всех пострадавших, находящихся на стационарном лечении. Больные с множественной и сочетанной травмой составляют основной контингент реанимационных отделений больниц скорой медицинской помощи.

Сотрудниками Московского городского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского разработана классификация сочетанной и множественной травмы, которая включает в себя следующие повреждения:

черепа (головного мозга) и опорно-двигательного аппарата;

груди и опорно-двигательного аппарата;

живота и опорно-двигательного аппарата;

органов забрюшинного пространства; малого таза и опорно-двигательного аппарата;

черепа (головного мозга) и груди;

черепа (головного мозга) и живота;

груди и живота;

черепа (головного мозга), груди и живота.

Из представленной классификации видно, что к сочетанным повреждениям относят травмы двух органов и более, вызванные одиночными факторами; к множественным — повреждения двух органов и более, но вызванные несколькими повреждающими факторами одной и той же природы.

Пострадавшие при сочетанных и множественных травмах находятся в очень тяжелом состоянии. Поэтому порядок оказания первой помощи при них имеет важное значение.

На что в первую очередь обращают внимание? На качество дыхания и характер кровотечения. Вот два момента, которые должны беспокоить оказывающего первую медицинскую помощь.

Проподимость дыхательных путей обеспечивают путем выдвижения нижней челюсти вперед и очищения рта пострадавшего от слизи. Кровотечение останавливают путем наложения давящей повязки или кровоостанавливающего жгута. Далее следует иммобилизация травмированных конечностей.

Эти мероприятия должны проводиться несколькими людьми одновременно. Срочно вызывают скорую медицинскую помощь. Пострадавшие, как правило, нуждаются в длительном стационарном лечении.

Инородные тела

Инородные тела — чуждые организму предметы, внедрившиеся в его ткань, орган, полость и т. д. Вокруг инородного тела стремительно развивается воспаление, характеризующееся сначала припухлостью, болезненностью, в дальнейшем могут возникать нагноения, пролежни, свищи. Попадание инородных тел в дыхательные пути вызывает удушье и асфиксию.

Инородные тела глаза. В зависимости

от локализации различают инородные тела конъюнктивы век, глазного яблока, роговицы, глазницы.

Инородными телами глазного яблока и век могут быть песчинки, пыль, кусочки угля, камней, растений и т. д.

Симптомы. Слезотечение, боль, светобоязнь. Инородные тела часто располагаются под веками.

Первая помощь. Инородные тела с конъюнктивы век и глазного яблока удаляют влажным марлевым тампоном. При повреждении конъюнктивы — повязка на глаз и госпитализация в глазное отделение.

Инородными телами роговицы чаще всего оказываются кусочки металла, стекла, дерева, камня, угля.

Симптомы. Слезотечение, режущая боль в области глаза. При осмотре инородное тело удаётся обнаружить на поверхности роговицы или в ее ткани.

Первая помощь. Поверхностное инородное тело удаляют влажным марлевым тампоном. В случае внедрения инородного тела в глубинные слои роговицы на глаз накладывают повязку и пострадавшего транспортируют в глазное отделение больницы.

При внутриглазных инородных телах накладывают асептическую повязку и срочно госпитализируют больного.

Инородные тела носа. В нос чаще всего — особенно у детей — попадают пуговицы, семечки, камешки, семена растений и т. д.

Симптомы. Насморк, кровотечение, затруднение дыхания.

Первая помощь. В носовые ходы закапывают раствор эфедрина или предлагают пострадавшему высморкаться. Этим способом чаще всего удаётся избавиться от небольших инородных тел. Если процедура не приносит желаемого результата, пострадавшего направляют к врачу отоларингологу.

Инородные тела уха. Ими также могут быть различные мелкие предметы.

Симптомы. Боль, неприятное ощущение в слуховом канале, понижение слуха.

Первая помощь. Пострадавшего направляют в лечебное учреждение. Самим извлекать инородное тело не следует, так как велика опасность поранить барабанную перепонку. Попавших в ухо насекомых удаляют путем

закапывания в слуховой проход нескольких капелек жидкого масла или борного спирта.

Инородные тела глотки. Чаще всего это бывают мясные и рыбные кости, булавки, кнопки и т. д.

Симптомы. Неприятные ощущения при глотании. При осмотре зева и глотки можно обнаружить внедрившееся в ткань инородное тело.

Первая помощь. Госпитализация пострадавшего в отделение уха, горла, носа или больницу скорой помощи.

Инородные тела гортани. Попадают в нее главным образом при глубоком вдохе.

Симптомы. Судорожный кашель, ощущение удушья, боль в месте внедрения инородного тела. При осмотре — отек слизистой оболочки гортани.

Первая помощь. Срочная госпитализация в отделение уха, горла, носа или больницу скорой помощи.

Инородные тела желудка. Чаще всего в желудок попадают иголки, гвозди, съемные протезы, коронки зубов, мелкие косточки и т. д., вызывая боль. В ряде случаев симптомы проявляются при развитии осложнений.

Первая помощь. Срочная госпитализация в хирургическое отделение или больницу скорой помощи. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Инородные тела мягких тканей. В мягкие ткани обычно внедряются иглы, щепки, осколки стекла, стружка, гвозди.

Симптомы. Боль, повреждение кожных покровов. Инородные тела можно прощупать.

Первая помощь. Небольшие, поверхностно расположенные тела удаляют пинцетом. Края раны смазывают йодной настойкой и накладывают асептическую повязку. Для введения противостолбнячной сыворотки обращаются в амбулаторию или поликлинику. Если инородное тело проникло глубоко, пострадавшего доставляют в травматологический пункт или больницу.

Укусы насекомых и животных

Укусы насекомых вызывают местную болевую реакцию и реже — общую

реакцию организма. Характеризуются болью, отеком, жжением в месте укуса. При множественных поражениях возможны головокружение, тошнота, рвота, озноб, недомогание, повышение температуры тела. У особенно чувствительных к яду могут возникнуть крапивница, бронхоспазм, слезотечение, в тяжелых случаях — анафилактический шок.

Первая помощь: Жало насекомого удаляют пинцетом, место укуса обрабатывают слабым раствором марганцовокислого калия и кладут холод (снег, лед, грелку с холодной водой). При шоке пострадавшему придают горизонтальное положение без подголовника, на конечности кладут грелки и срочно вызывают врача. При терминальном состоянии проводят искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца. Больного госпитализируют в реанимационное отделение. Транспортируют его на носилках в положении лежа.

Укусы змей вызывают сильную и продолжительную боль, точечные кровоизлияния и кровоподтеки в месте укуса. Возникший отек кожи может быстро распространяться по телу. Пострадавшие жалуются на боли в пояснице, затрудненное дыхание и сердцебиение. В тяжелых случаях наблюдаются нарушение сознания, рвота, упадок сердечной деятельности, шок.

Первая помощь. Яд энергично отсасывают из ранки и быстро выплевывают изо рта. Если поражена конечность, то ей придают неподвижность, как при переломе. Пострадавшего укладывают в горизонтальное положение. Срочная госпитализация в лечебное учреждение для введения противозмеиной сыворотки. Транспортировка на носилках в положении лежа.

При укусах животных края раны обрабатывают йодной настойкой и накладывают давящую повязку. В случае обширного ранения производят иммобилизацию шинами. Срочная госпитализация в хирургическое отделение для последующей обработки раны и введения противостолбнячной сыворотки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы рассказали о наиболее часто встречающихся повреждениях, стремясь к тому, чтобы дать достаточный объем сведений по оказанию первой помощи при травмах. Вместе с тем хотелось бы обратить внимание читателя на одно существенное обстоятельство. Знать — вовсе еще не означает уметь грамотно оказать первую помощь на месте происшествия. Нужны навыки, а для этого необходимы тренировочные учебные занятия. Организовать их нетрудно на работе или в семье. Только прочный сплав знаний и навыков позволяет с уверенностью говорить о готовности человека к оказанию самопомощи и взаимопомощи при несчастных случаях.

В большинстве своем травмы возникают внезапно, неожиданно. И чтобы не растеряться, нужно быть решительным и точным в действиях. Без суеты и шума в первую очередь оценивают сложившуюся обстановку.

Важен незамедлительный осмотр пострадавшего, так как он дает направление для принятия неотложных мер (освобождение пострадавшего от завазов, извлечение из поврежденного автомобиля, остановка кровотечения и т. д.). Тщательный, но быстрый осмотр позволяет сделать правильный выбор средств медицинского воздействия и избежать ошибок.

Неоценимое значение для пострадавшего имеет заботливое и участливое отношение окружающих, так как больной тяжело переживает случившееся. Помочь ему облегчить душевные переживания — важный и необходимый элемент оказания первой помощи. Здесь уместны слова, которые бы поднимали настроение, создавали уверенность в благополучном исходе случившегося. Намеки на тяжесть травмы недопустимы. Необдуманная речь может усугубить положение. Если не находятся «исцеляющие» слова, то лучше помолчать.

Несчастные случаи всегда создают напряженную обстановку, привлекают большое количество людей. Одним не терпится подать совет, другим незамедлительно хочется перейти от слов к делу, третьим не нравятся доводы тех и других. Возможна неразбериха. Лучше всего кому-то одному взять инициативу

на себя и придерживаться строгой линии — быстро облегчить состояние пострадавшего и отправить его в лечебное учреждение. Грамотные действия и активное поведение окружающих создают предпосылки для успешного оказания первой помощи.

Безусловно, уметь оказать первую помощь себе и товарищу — дело весьма благородное, однако не менее благородно научиться избегать несчастных случаев. Что для этого требуется? Немного: выработать у себя навыки безопасного поведения на производстве и в быту.

Не секрет: большинство повреждений — следствие нашей беспечности и неорганизованности. У многих из нас отсутствует твердая психологическая установка на безоговорочное выполнение требований техники безопасности и правил дорожного движения.

Снижению травматизма на производстве способствуют автоматизация и механизация, робототехника, упорядочение внутрицехового транспорта, улучшение освещения рабочих мест, оградительные приспособления, борьба с загроможденностью производственных площадей.

Первостепенное значение в предупреждении травм имеют комплексные планы оздоровительных мероприятий, основная задача которых — создание оптимальных условий труда, снижение негативных производственных факторов, влияющих на состояние здоровья. В разделе плана по борьбе с травматизмом крайне важно предусмотреть мероприятия по привитию рабочим навыков безопасного выполнения трудовых операций.

Когда мы выходим на улицу, то сразу становимся участниками дорожного движения, и чтобы не подвергать себя опасности, надо строго соблюдать правила дорожного движения, быть особенно внимательным при пересечении проезжих частей улиц и дорог.

Несколько слов о профилактике травм в быту. Сейчас резко возрос уровень оснащённости домашней техникой, приборами, приспособлениями, поэтому прежде чем пользоваться ими, следует выработать у себя определенные навыки в их эксплуатации, что явится достаточной предупредительной мерой против несчастных случаев.

И последнее, о чем хотелось бы напомнить еще раз. Если случилось

несчастье, а врача рядом нет, все равно есть возможность спасти пострадавшего. Спасение зависит от умелого использования приемов оказания первой медицинской помощи до прибытия «Скорой». Правильно оказанная помощь способствует возвращению человека к нормальной жизни, работе, семье.

Вместе с тем определенная часть населения еще недооценивает важности этого дела. Люди часто забывают о правилах оказания первой помощи на месте происшествия или прибегают к сомнительным, устаревшим методам пособия, упускают время и тем самым приносят больше вреда, чем пользы.

Обязательная, грамотная помощь на месте происшествия и организация быстрой доставки пострадавшего в лечебное учреждение — вот о чем прежде всего должны думать мы, когда стоим перед необходимостью избавить человека от страданий в результате несчастного случая.

«Желаем здоровья!» Мы произносим эти слова едва ли не ежедневно, часто повторяем в поздравительных открытках и телеграммах. Но все ли для того, чтобы быть здоровыми, мы делаем сами? Всегда ли помним, что борьба за рациональный здоровый образ жизни необходима в интересах ныне живущего и будущих поколений? И значит, повседневная забота о режиме дня, соблюдения гигиенических норм, искоренение вредных привычек исполнены большого гуманного смысла.

Мы часто говорим об «объективных» причинах, мешающих нам следить за своим здоровьем. Но, положив руку на сердце, так ли уж много этих причин! Разве не все зависит от нас, от нашей воли и желания? И в частности, овладение приемами оказания первой медицинской помощи в случаях, угрожающих здоровью и самой жизни.

НАША ИНФОРМАЦИЯ

Читатели обращаются к нам с просьбой рассказать об обеспечении оказания неотложной доврачебной помощи пострадавшим в туристическом походе. Отвечая на этот вопрос, приводим перечень лекарственных средств, из которых можно составить походную аптечку.

Подобная аптечка гарантирует оказание своевременной первой (неотложной) помощи. Она

весит около 200—250 граммов, что позволяет каждый раз брать ее в туристический поход. Если аптечка предназначена для индивидуального пользования,

то целесообразно укомплектовать ее один раз и, отправляясь в очередной турпоход, ничего в ней не менять.

Походная аптечка туриста
(из расчета на 1 человеко-день)

Наименование средства	Дозировка	Назначение
1	2	3
1. Марганцовокислый калий	5 г	Обработка ран, ожогов, обеззараживание воды
2. Ляпис или протаргол кристаллический	5 г	То же
3. Гидропирит (пергидроль)	5 табл.	Промывание загрязненных ран, обеззараживание воды
4. Пантоцид	10 табл.	То же
5. Фуропласт	10 г	Обработка мелких ссадин
6. Клей БФ-6	10 г	Подклейка повязок
7. Бинт стерильный широкий	1 шт.	Перевязочный материал
8. Бинт стерильный узкий	1 шт.	То же
9. Перевязочный пакет первой помощи	1 шт.	■
10. Йодная настойка	5 г	Антисептик
11. Вата стерильная	1 шт.	Остановка кровотечения
12. Жгут-ремень (матерчатый или резиновый)	1 шт.	То же
13. Синтомициновая эмульсия	30 г	Раневой антисептик (антибиотик) -
14. Компрессная бумага	1—2 листа	Компресс
15. Булавки	1—3 шт.	Фиксаторы
16. Эластичный бинт	2 шт.	Тугое бинтование нижних конечностей
17. Нашатырный спирт	10 г	Вдыхать при обмороке, усталости, насморке
18. Борная кислота	5 г	Промывание ушей, полоскание горла
19. Борный спирт 3 %-ный	2 г	То же
20. Анальгин 0,5 г	2 табл.	При болях, кроме боли в животе
21. Аспирин 0,5 г	2 табл.	Потогонное, жаропонижающее
22. Камфорный спирт	10 г	Растирание
23. Касторовое масло	10 г	Антисептик, слабительное
24. Сульфодиметоксин (сульфодимезин) 0,5 г	2 табл.	При простуде по 1 табл. 2 раза в сутки
25. Бисептол 0,5 г (энтеро-септол)	2 табл.	При желудочно-кишечных заболеваниях
26. Диметилфталат, одеколон «Гвоздика», «Дэта», «Тайга»	10—15 г	От гноса, смазывать пораженные места
27. Гипотиазид 100 г	2 табл.	Мочегонное
28. Дигоксин 0,25 мг (изоланид 0,25)	2—3 табл.	Стимулятор сердечной деятельности
29. Шприц-тюбик:		Антидот
с атропином	1 шт.	Стимулятор сердечной деятельности
с камфорой	1 шт.	Мочегонное
с лазиксом	1 шт.	Сердечные
с сердечным гликозидами	1 шт.	
30. Йододуроль (цитраль, альбucid)	10 г	Промывание глаз, носа
31. Олететрин	4 табл.	При обширной раневой поверхности, крупозное воспаление легких
32. Нитроглицерин	1 упак.	Сосудорасширяющее
33. Ножницы	1 шт.	

НАШЕ ЧИТАТЕЛЬ!

В 1987 году подписчики получают 12 брошюр. Среди них:

Бахур В. Т., доктор медицинских наук

Болезнь и больной

Когда человек заболевает, ему на помощь приходит врач. А какова роль самого больного в борьбе с болезнью? Пассивное ожидание действия назначенных врачом средств или активное противодействие болезни? А что нужно знать, чтобы грамотно противостоять болезни? На эти и другие вопросы, касающиеся познания сущности болезни, ответит автор брошюры.

Богорад И. В., кандидат медицинских наук

Диспансеризация — основа профилактики (Здравоохранение в двенадцатой пятилетке)

Органы здравоохранения Советского Союза первой своей задачей считают профилактику заболеваний среди населения. Основным методом работы всех лечебно-профилактических учреждений все более становится диспансерный метод. В брошюре будет рассказано, как при помощи диспансеризации выявляются нуждающиеся в медицинской помощи и как организована такая лечебно-профилактическая помощь населению.

Ясногородский В. Г., доктор медицинских наук.

Истомин В. Н.

Физиотерапия на дому

Курортологи накапливают все больше доказательств того, что профилактика

заболеваний и их лечение физическими методами достаточно эффективны, во многих случаях имеют определенное преимущество перед лекарственной терапией. О действии различных природных и физических факторов на состояние здоровья человека читатель сможет узнать, прочтя брошюру. В брошюре изложены научные обоснования применения различных методов физиотерапии в домашних условиях, если они рекомендованы лечащим врачом.

Панченко В. М., доктор медицинских наук,

Свистухин В. Н.

Ишемическая болезнь сердца: профилактика, реабилитация

В брошюре представлены современные научные данные о причинах возникновения, механизмах развития ишемической болезни сердца, изложены достижения медицины в борьбе с этим грозным заболеванием. Приводятся конкретные рекомендации по первичной и вторичной профилактике ишемической болезни сердца, а также реабилитации больных с этим заболеванием.

Шабад А. Л., доктор медицинских наук

Уролог — будущей матери

Один из важнейших физиологических процессов, совершающихся в организме женщины, — беременность. Во время этого процесса происходит обновление и оздоровление организма женщины. Вместе с тем беременность — это серьезное испытание для организма будущей матери, испытание «на прочность» для всех органов и систем, в том числе и мочевой системы. Как подготовиться и выдержать такой экзамен, рассказывается в брошюре.

Научно-популярное издание

Виктор Михайлович ЛЫКОВ
ДО ВЫЗОВА «СКОРОЙ»

Главный отраслевой редактор *А. Нелюбов*. Редактор *Б. Самарин*. Мл. редактор *Л. Щербакова*. Художник *А. Астрецов*. Худож. редактор *М. Гусева*. Техн. редактор *А. Красавина*. Корректор *Н. Мелешкина*.

ИБ № 8266

Сдано в набор 25.08.86. Подписано к печати 21.08.86. А13576. Формат бумаги 70×100^{1/16}. Бумага тип. № 3. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,45. Уч.-изд. л. 4,55. Тираж 1306050 экз. Заказ 2271. Цена 15 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 866311. Ордена Трудового Красного Знамени Чеховский полиграфический комбинат ВО «Союзполиграфпром» Государственного комитета СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли г. Чехов Московской области.



ЛЫКОВ Виктор Михайло-
вич — врач Московской го-
родской станции скорой и не-
отложной помощи

В. М. Лыков автор 200 печат-
ных работ, 10 книг и брошюр,
в которых отражены различ-
ные проблемы науки и прак-
тики неотложных состояний
в организме человека, оказа-
ния экстренной медицинской
помощи при них.

Научные и практические ин-
тересы автора охватывают
большой круг вопросов, свя-
занных с пропагандой меди-
цинских и гигиенических
знаний среди населения и,
в частности, оказания первой
медицинской помощи при
несчастных случаях и внезап-
ных заболеваниях.

В. М. Лыков — лауреат Все-
союзного конкурса на лучшее
научно-популярное медицин-
ское издание, член общества
«Знание», член Союза жур-
налистов СССР.

**НАРОДНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ**



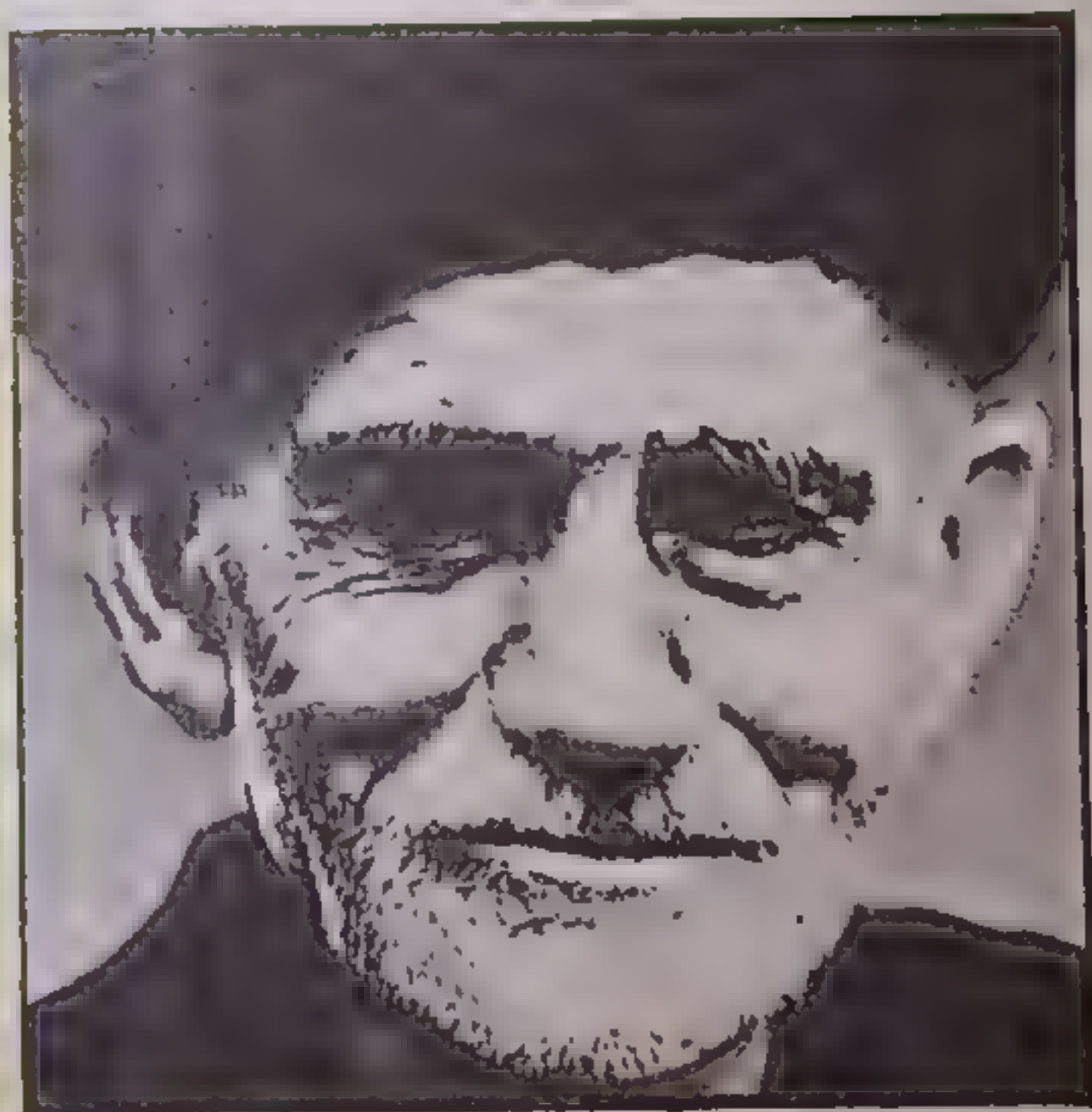
Издательство
Знание

ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

1986/12

С.Я.Чикин ПУТЬ К ДОЛГО- ЛЕТИЮ



ДОЛГОЖИТЕЛЬНОСТЬ — БЛАГО,

ПОДАРОННОЕ РОДИТЕЛЯМИ

ИЛИ ДОБЫТОЕ ПОСТОЯННЫМ ТРУДОМ

И ГИГИЕНИЧЕСКИМ ПОВЕДЕНИЕМ?



ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

1986/12

С.Я.Чикин

ПУТЬ

К ДОЛГО-

ЛЕТИЮ

СОДЕРЖАНИЕ

- Введение 3
Социальное обеспечение долголетия 5
Демографические и социальные проблемы геронтологии 16
Труд как важное условие здоровья и долголетия 25
Есть ли рецепты долголетия? 30
Рациональное питание — основа здоровья и долголетия 36
Губительность вредных привычек 38
Физкультура — залог долголетия 41
Литература 48

ББК 51.204
Ч60

Автор: ЧИКИН С. Я., доктор медицинских наук.

Рецензент: Б е д н ы й М. С., доктор медицинских наук, профессор

Ч 60 Чикин С. Я.

Путь к долголетию.— М.: Знание, 1986.— 48 с.—
Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 12).
15 к.

Как организовать свою жизнь? Разумеется, так, чтобы сохранить до преклонных лет здоровье, бодрость, оптимизм, чтобы труд был постоянным источником радости и глубокого удовлетворения. О том, как достичь активного долголетия, рассказывает автор брошюры.

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей, в том числе на слушателей народных университетов здоровья.

Редактор Б. В. САМАРИН

4104010000

ББК 51.204

©Издательство «Знание», 1986 г

ВВЕДЕНИЕ

В новой редакции Программы КПСС, принятой на XXVII съезде партии, и в «Основных направлениях экономического и социального развития СССР на 1986—1990 годы и на период до 2000 года» отмечено, что укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни и трудовой активности людей являются делом первостепенной важности.

Сегодня возрастает социальная значимость здоровья и долголетия. Здоровье — это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь — это важное слагаемое человеческого фактора, которому партия придает большое значение в ускорении научно-технического прогресса.

Человек всегда мечтал жить долго. Эта извечная мечта о долгой и счастливой жизни нашла свое отражение в народных сказаниях и преданиях. Человек никогда не был удовлетворен отпущенным ему природой сроком жизни. Многочисленные колдуны, знахари прибегали к магическим обрядам, которые могли бы продлевать жизнь, алхимики проводили опыты по превращению одних элементов в другие с целью получения эликсира жизни.

Люди постоянно страдали от противоречия между желанием жить и неизбежностью смерти еще в возрасте, когда организм полон сил. С горечью восклицал биолог Л. К. Третьяков, профессор Новороссийского университета: «Для человека, во всяком случае, обидно, что его жизнь прекращается в среднем в 60 лет, что Моцарт и Рафаэль умирают, не до-

стигнув возраста черепахи. Такие факты возмущают человеческое сознание».

Слова Гёте: «Сладостная жизнь, милая, чудная привычка к бытию и деятельности — с тобой должен я расстаться!» — полтора столетия назад были взяты эпиграфом немецким врачом Гуфеландом к его книге «Макробиотика — искусство удлинить человечеству жизнь». В них отразилось ощущение всех тех тягот, которые несут с собой человеку старость и смерть.

Сколько случайностей и превратностей подстерегало в прошлом человека на его жизненном пути! Многочисленные опасности, которым подвергалась человеческая жизнь, на протяжении всей многовековой истории учили людей всегда помнить о кратковременности жизни.

Примеры зыбкости человеческого существования, тех неожиданных ударов, которым подвержена жизнь людей, отразили писатели и ученые нашего столетия. Так, В. Вересаев в своей книге «Записки врача» горестно сетует: «Каждую минуту, на каждом шагу нас подстерегают опасности, защититься от них невозможно, потому что они слишком разнообразны, бежать некуда, потому что они везде». И далее: «...незаметно от нас все силы нашего организма ведут отчаянную борьбу с вредными веществами и влияниями, и мы никогда не можем считать себя обеспеченными от того, что, может быть, вот в эту самую минуту сил организма не хватило и дело наше проиграно».

Старость столь же закономерна и неизбежна в процессе развития человека, как детство и юность. Поэтому было бы несправедливым считать старость и смерть чем-то неестественным, не свойственным человеку. Старость является логическим завершением постепенного и неизбежного процесса старения, который, кстати, вовсе не относится к явлениям, происходящим только на последнем этапе жизни. Старение сопровождает человека на всем его жизненном пути. Однако от условий и образа жизни зависит либо ускорение, либо замедление процесса старения. Старение нельзя повернуть вспять, но его можно существенно замедлить.

Рано наступающая патологическая старость — это результат перенесен-

ных заболеваний или потрясений, то есть нарушение нормального развития индивидуума. Она — причина укорочения жизненного пути. Основной путь к долголетию — это не укоротить жизнь, которой человек наделен от природы.

С какого же возраста человек начинает стареть? У ученых нет точного ответа на этот вопрос, по-видимому, потому, что нет единого критерия старости. Начало старости индивидуально: одних людей вполне можно считать старыми уже в 30 лет, а других все еще молодыми в том смысле, что они еще не стары, в 80 и 90 лет.

К данным о числе долголетних приходится относиться осторожно, так

как они получены путем опроса самих людей, между тем большинство долгожителей мужского пола склонны преувеличивать свой возраст.

Советский Союз по праву считается страной долголетия. Во время Всесоюзной переписи населения 1970 года было зарегистрировано 19,3 тысячи людей в возрасте 100 лет и старше, что составляет 8 человек на каждые 100 тысяч жителей.

Данные о числе долголетних свидетельствуют о возможности расширения пределов продолжительности жизни человека, о перспективах дальнейшего повышения здоровья и благосостояния людей.

СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОЛГОЛЕТИЯ

Несмотря на невысокую среднюю продолжительность жизни людей в древние века, среди разных народов и племен были люди, доживавшие до почтенного возраста. Известно, например, что древнегреческий философ Демокрит, живший в V веке до н. э., прожил более ста лет, оставаясь до последних дней жизни деятельным человеком. Древнегреческий врач, «отец медицины» Гиппократ прожил 92 года и также всю свою жизнь активно трудился. Подобных примеров немало можно было бы привести и из последующих периодов развития человеческого общества.

Конечно, процент долгожителей в давние времена среди всего населения был незначительным. Но благодаря прогрессу человеческой цивилизации, успешному развитию медицинской науки, а в некоторых странах и благодаря социально-экономическим преобразованиям, направленным на улучшение благосостояния народа, шел постепенный рост средней продолжительности жизни и численности долгожителей. Однако этот процесс был тем значительнее, чем более успешно решались социальные проблемы, связанные с условиями жизни людей и их образом жизни. На долголетии людей отражается также доступность медицинской помощи, ее эффективность и уровень развития здравоохранения.

Ничто так не влияет на увеличение средней продолжительности жизни человека, как социальные условия, в которых он живет. Доказательством тому является огромное число примеров. Это и скачок в увеличении средней продолжительности жизни в нашей стране после свершения Великой Октябрьской социалистической революции, в

корне изменившей условия жизни и труда всех ранее угнетенных классов и народов. Это и улучшение данного показателя в бывших колониальных странах, добившихся своего освобождения, особенно в тех, которые стали на путь социалистического развития. Это и сдвиги в лучшую сторону в развитых капиталистических странах, где рабочий класс в ожесточенных классовых битвах с капиталистами добился некоторых успехов.

Расчеты средней продолжительности жизни, приуроченные к первой Всесоюзной переписи населения, позволили установить, что продолжительность жизни вновь родившегося человека определялась всего лишь 32 годами. Менее чем за десять лет после революции она уже возросла на 12 лет и составила в 1926—1927 годах 44 года. Перепись населения 1939 года ярко подтвердила дальнейший прогресс в улучшении медицинского обслуживания населения, социальных условий, в результате чего средняя продолжительность жизни человека возросла еще на 3 года и достигла 47 лет. К концу 60-х годов она уже достигла 70 лет и по сравнению с дореволюционным периодом увеличилась на 38 лет.

О средней продолжительности жизни много говорят, много пишут, тем не менее довольно часто при этом наблюдается путаница понятий.

Очевидно, есть смысл напомнить, что этот термин подразумевает определенный статистический показатель, исчисляемый по сложным формулам с применением законов теории вероятности. Основой для исчисления служат данные о численности каждой из возрастных групп населения и о фактическом числе умерших в тех же группах. Затем конструируется некая математическая модель, которая позволяет определить искомую статистическую величину. Характеристика средней продолжительности жизни становится, таким образом, вполне объективной.

В ряде развивающихся стран показатель, о котором идет речь, за три последних десятилетия более чем удвоился. Например, в Индии в 1931 году средняя продолжительность жизни едва до-

стигала 23 лет, а сегодня этот показатель составляет 56 лет. Пример Индии подтверждает: все человечество кровно заинтересовано в социальном и культурном прогрессе. И разве не служит укором совести тем, кто наращивает гонку вооружений, тот факт, что примерно две трети населения нашей планеты живут пока вдвое меньше, чем люди в экономически развитых странах!

Сухие цифры оказываются подчас весьма красноречивыми, они, в частности, опровергают общепринятое мнение о «сильном поле». Во многих странах планеты женщины живут дольше мужчин. Но есть и исключения. Например, в Пакистане и ряде стран Африки из-за чрезмерно ранних браков очень высока смертность матерей при родах. Общеизвестен факт, что во многих других развивающихся странах девочки-жены быстро проходят жизненный путь от брачного ложа до могилы.

Разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин в СССР не сокращается, а даже возрастает. До революции женский век превышал мужской на 2 года, а сейчас уже на 10 лет. Чем объясняется относительно более долгая жизнь женщин? Прежде всего, конечно, огромной заботой нашего государства о здоровье матери.

Нельзя, конечно, забывать и о чистой биологии. Женский организм гораздо более жизнестоек, чем мужской, об этом свидетельствуют многие общеизвестные факты — среди новорожденных мальчики умирают чаще, чем девочки; в целом здоровье и жизнеспособность женщин от природы выше, чем у мужчин.

С другой стороны, остается фактом, что здоровье миллионов мужчин серьезно подорвано войнами, а многих тысяч других — неумеренным употреблением алкогольных напитков и курением. Мужчины чаще, чем женщины, страдают от травматизма и иных неблагоприятных факторов. Мужской организм более чувствителен к влиянию неблагоприятных факторов среды; его адаптационные способности ниже, чем у женщины.

Итак, статистика, вскрывая факт ранней смертности людей, подсказывает и пути к достижению творческого здорового долголетия. В решении этой благородной задачи необходимо творче-

ское содружество демографов, философов, врачей, экономистов.

Главное, что есть люди, достигшие преклонного возраста, которые не только остаются вполне здоровыми, но даже способны на большие физические нагрузки. Известно, что в XX веке периодически проводятся Всемирные игры ветеранов. В июле 1985 года в Риме состоялись VI игры, в которых П. С. Асад из Индии и Франческо Токко из Италии приняли участие в соревнованиях в беге на 100 метров. Их возраст превышал 90 лет. Несмотря на это, они пробежали дистанцию за 27 секунд. Конечно, скорость у них оказалась далеко не чемпионской, но после пробега они чувствовали себя нормально.

Участие в трудовом процессе является важным условием в продлении жизни человека. Стремясь активно работать, пенсионеры стараются более тщательно следить за своим здоровьем. Они начинают регулярно посещать врачей и скрупулезно выполнять все их рекомендации, что не всегда делают люди более молодого возраста.

Но такая активность пенсионеров в трудовом процессе требует совершенствования работы органов и учреждений здравоохранения. Люди старших возрастов чаще страдают различными хроническими заболеваниями, имеют более ранимую нервную систему, поэтому для них нужна хорошо организованная специализированная медицинская помощь. Особенностью гериатрической помощи должны являться ее комплексность и всесторонность. Немалую роль в этом занимают вопросы медико-социального обслуживания пожилых людей.

Азербайджанская ССР является республикой, где наибольшее количество долгожителей. По переписи населения 1959 года в этой республике было 84 человека в возрасте 100 лет и старше на каждые 100 тысяч жителей. В среднем же по нашей стране людей такого возраста насчитывается на каждые 100 тысяч только 10 человек, или в 8,4 раза меньше, чем в Азербайджане. Однако средняя продолжительность жизни здесь, как и в других республиках, в начале 70-х годов составляла 70 лет.

Примером роста числа долгожителей параллельно с ростом материального

благосостояния народа, быстрого развития здравоохранения может служить Белорусская ССР. Если здесь в 1940 году на 10 000 населения приходилось 5,7 врача, то в 1979 году, в год последней переписи населения, — 32,3, среднего медицинского персонала — соответственно 19,7 и 94,6 и больничных коек — 32,6 и 122,1.

Рост доступности медицинской помощи, повышение ее квалификации способствовали тому, что в демографической структуре населения стало происходить смещение удельного веса населения на более пожилой возраст (старше 60 лет), это так называемый процесс постарения населения. Так, по данным переписи 1939 года доля лиц в возрасте 60 лет и старше составляла 6,8 %, по переписи 1959 года — 9,4, а по переписи 1970 года — уже 11,8 %.

О том, что люди преклонного возраста живут в различных районах нашей страны, свидетельствует, например, тот факт, что только в ноябре 1985 года жители ряда районов Воронежской области отметили свое столетие. В селе Новобелая Кантемировского района Неонила Никитовна Нетелина отметила свое 105-летие.

До сих пор она обладает хорошей памятью, помнит в подробностях революционные события, но главное — она активна в труде по хозяйству. Большая же часть ее жизни прошла в производственном труде в колхозе. Соседке ее — Марии Александровне Никитченко — исполнилось чуть меньше — 102 года. Но Н. Н. Нетелина и М. А. Никитченко в этом районе оказались не единственными.

Когда же корреспондент «Правды» А. Старухин поинтересовался, как же обстоят дела с долгожителями в соседнем Россошанском районе, то оказалось, что на хуторе Малая Межонка, относящемся к колхозу «Заречье», живет Григорий Сергеевич Ковалев, который уже перешагнул 100-летний рубеж... Он прожил славную жизнь, ему пришлось защищать Советскую власть в рядах Красной Армии, активно трудиться в колхозе, в том числе и на посту председателя колхоза. На пенсию он ушел лишь в 95 лет.

В 151-й раз отметила день своего

рождения Гюляндам Аллахярова (рис. 1), жительница высокогорного села Алмалык, что в Кельбаджарском районе. Несмотря на почтенный возраст, бабушка Гюляндам хорошо помнит многие знаменательные события, которые произошли за полтора века в жизни ее земляков. В первые годы Советской власти она вместе с мужем создавала в горном крае коммуны, долгое время считалась одной из лучших доярок, работала в сельсовете.

Пятнадцать детей вырастила Гюляндам Аллахярова. Трое ее сыновей погибли на фронтах Великой Отечественной войны. Средняя ее дочь Гюляндбар, которая перешагнула 105-летний рубеж, — мать-героиня.

В Острогжском районе живет 100-летняя учительница Марфа Петровна Минеева. Ей, когда она была еще школьницей, доводилось встречаться с первым наркомом просвещения А. В. Луначарским. Всего только в этом районе проживают 16 долгожителей.

Характерной особенностью всех этих долгожителей является любовь к труду. Они отличаются бодростью духа и для своего возраста сохранили достаточно хорошее здоровье. Подавляющее большинство из них стараются не пользоваться транспортом и всюду, куда только можно, добираются пешком.

Важную роль в укреплении здоровья народа и продолжающегося роста долголетия советских людей играют из года в год увеличивающиеся общественные фонды потребления, являющиеся основным источником финансирования отрасли здравоохранения. Только за период с 1965 по 1983 год они возросли более чем в 3 раза и в 1984 году составляли около 140 миллиардов рублей. Из этих же фондов финансируется оплата отпусков трудящихся, а также оплата льготных путевок в санатории и дома отдыха, где не только укрепляется здоровье, но и закладываются прочные основы для более продолжительной жизни.

Залогом дальнейшего благосостояния советских людей являются высокие темпы роста национального дохода в целом в стране и на душу населения, которые за период с 1950 по 1984 год возросли соответственно на 9,6 и 6,4 %,



Рис. 1. 151 год прожила жительница высокогорного села Алмалык Гюляндан Аллахярова. Она редко болеет, и врач Вилаят Алекперов не частый ее гость

в то время как в США они составляли 2,8 и 1,9 %.

Если в СССР ежегодно растут общественные фонды потребления, то в США с каждым годом сокращаются ассигнования на социальные программы.

Несмотря на тяжелое социальное положение трудящихся, которое отмечается во многих капиталистических странах, империалистические круги продолжают стимулировать развитие военной промышленности и тратят на вооружение огромные средства.

А в это время из-за отсутствия средств более 400 миллионов человек развивающихся стран голодают. Общая внешняя задолженность этих стран в 1980 году составляла 580 миллиардов долларов.

Примером положительного влияния благоприятных социальных условий на продление жизни людей может служить социалистическая Куба, которая в течение

четверти века строит социалистическое общество.

За годы народной власти в кубинском здравоохранении произошли радикальные изменения. Благодаря расширению сети лечебно-профилактических учреждений, увеличению численности врачебных кадров, позволивших укомплектовать все вновь созданные больницы, поликлиники и учреждения, выполняющие противоэпидемические мероприятия, за короткий срок удалось ликвидировать малярию, желтую лихорадку и другие тропические болезни, эпидемии которых в прошлом уносили ежегодно тысячи жизней.

Все это положительно сказалось на состоянии здоровья населения и позволило существенно увеличить число лиц, доживающих до пожилого возраста.

Так благоприятные социально-экономические условия в короткий исторический срок открывают путь к долголетию.

Здесь нельзя не сказать и о том, что если в социалистическом обществе внимание к пожилым людям является одной из важных забот государства о человеке, то в капиталистических странах они отданы на произвол судьбы и лишены элементарной заботы государства. Даже в самой богатой стране капиталистического мира — США с каждым годом сокращаются ассигнования на пенсионное и медицинское обслуживание пожилых людей.

Губернатор крупного штата Колорадо Р. Лэмм, выступая в июле 1984 года на конференции «Коалиции за финансирование здравоохранения», без гримасщины сказал: «Долг престарелых в США заключается в том, чтобы умереть». Это кощунственное заявление губернатора отнюдь не случайная оговорка. С подобными речами он уже выступал в марте 1984 года, вызвав возмущение среди тех, кого это касается.

Но в Белом доме к такой «философии» отнеслись спокойно, так как это оправдывает политику администрации США по сокращению расходов на нужды престарелых. Комиссия конгресса проголосовала за сокращение в 1985 финансовом году более чем на миллиард долларов ассигнований на программы медицинского обслуживания престарелых.

Трудно приходится пожилым людям Англии. Английские врачи Дж. Медден и Ф. С. Шеферд в своей статье «Нужды престарелых» сообщили о трудностях в госпитализации престарелых: Врачи большинства больниц неохотно принимают пожилых людей на стационарное лечение, так как они, как правило, остаются в больнице гораздо дольше, чем больные молодых возрастов. Не менее трудно выписанных из общих больниц престарелых поместить в больницу санаторного типа или лечебный пансионат, которые находятся в подчинении муниципалитетов.

Большинство английских врачей считают, что основной формой медицинского обслуживания пожилых людей является «служба по уходу за престарелыми на дому». А работники такой «службы» должны быть, по их мнению, не врачи, а люди, обученные на краткосрочных

вечерних курсах. Такова судьба престарелых англичанина и англичанки.

Не менее трудная судьба у престарелых итальянцев. Для них просто несбыточным представляется положение пенсионеров в нашей стране. Вот как излагает свои впечатления итальянка Мария Биччи из г. Прато, посетившая СССР: «Недавно я побывала в Советском Союзе. Несмотря на жестокую войну, пережитую советскими людьми, на ее тяжелые последствия, ваш народ живет в достатке. А как ухожены улицы, какой всюду порядок в городах и селах! Строится много новых домов. Люди хорошо одеты. Медицинское обслуживание и образование бесплатны. Квартплата и цены на товары первой необходимости и услуги доступные. Нет безработицы. Нет недостатка в газетах, книгах, развлечениях. У вас замечательная молодежь. Старики не умирают, как у нас, в приютах, забытые и отвергнутые обществом. Мне 71 год. Очень жаль, что я прожила свой век там, где царят эксплуатация и равнодушие» (Новое время.— 1981.— № 46.— С. 4).

Всемирная ассамблея ООН, состоявшаяся 26—28 июля 1982 года, подчеркнула необходимость удовлетворения специфических потребностей престарелых людей и коренного изменения отношения к ним. В связи с отсутствием внимания в ряде стран к этой группе людей Всемирная ассамблея приняла решение призвать все правительства более внимательно относиться к пожилым людям. Речь шла о том, чтобы в престарелых видели ту человеческую ценность, которую они в действительности представляют для общества.

Известно, например, что в искусстве пожилые люди создают немеркнущие шедевры. Старые музыканты, скульпторы, художники, композиторы, писатели, поэты, педагоги, инженеры и другие специалисты нередко являются творцами весьма больших ценностей не только для своего общества, но и для всего человечества. Поэтому ассамблея призвала правительства проявлять к ним внимание и создавать максимум условий для того, чтобы они могли в меру своих сил заниматься любимым делом. Высказывалось пожелание, чтобы их

использовали для передачи имеющихся у них знаний и опыта молодым, вступающим в жизнь людям.

Для того чтобы долголетие рассматривать как достижение человеческой цивилизации, социального прогресса и заметных успехов в медицине, необходимо на людей преклонного возраста смотреть как на особую группу, вносящую определенный вклад в его развитие, а не как на обузу, приносящую только издержки обществу. Для этого нужно охранять здоровье каждого из пенсионеров, так как от состояния их здоровья, благополучия зависит и наибольшая их активность в быту и в общественных делах.

Уважительное отношение к ним повышает чувство собственного достоинства, утверждает в понимании своей полезности обществу, и все это оказывает сильнейшее воздействие на устойчивость их нервной системы, всего организма, позволяет противостоять отрицательным влияниям окружающей среды.

По отношению общества к старости и к старым людям можно судить о зрелости данного общества. В социалистическом обществе каждый человек от вновь родившегося до долгожителя — высшая ценность. Престарелые люди не являются обузой для социалистического общества, как это имеет место в капиталистическом мире. Большинство из них высокочтимые люди как в семье, так и в обществе в целом.

Для всех советских людей стало нормой понятие старости как обычного физиологического процесса, присущего каждому человеку. К тому же большинство людей пожилого возраста не торопятся перейти на положение иждивенцев общества, а стремятся оставаться его активными членами, внося свой посильный труд в общегосударственные мероприятия по созданию материальных благ. Постоянный труд, социальная активность становятся все более характерными чертами долгожителей.

Все увеличивающееся число долгожителей в нашей стране во многом объясняется прогрессивным пенсионным законодательством. Советские люди имеют реальные права на получение пенсии, которая периодически повышается. Это право является положением Конститу-

ции СССР, гарантирующей советским гражданам социальное обеспечение. Современные расходы в СССР на все виды социального обеспечения весьма внушительны. Достаточно сказать, что в последние годы они составляют 15 % от всех расходов государства.

Иначе дело обстоит в капиталистическом мире. В последние годы в США администрация Р. Рейгана и в Англии М. Тэтчер не только не принимали мер к увеличению ассигнований на эти цели, а продолжали сокращать их. Уже в первый же год своего руководства страной Р. Рейган настоял на сокращении федерального бюджета на социальные нужды. От этого в первую очередь пострадали безработные и престарелые люди, так как начали закрываться предназначенные для них дома.

И все это делается не от бедности государства, а из-за агрессивной политики, в связи с которой все возрастающие суммы ежегодно выделяются в распоряжение военного ведомства. В 1986 году на эти цели выделено 299 миллиардов долларов, что в 4 раза больше, чем в 1967 году.

В бюджете 1985 года, помимо запланированного снижения на 34 миллиарда долларов на социальные нужды, администрация США «в целях экономии», как она изволила выразиться, решила заморозить выплату средств на программу медицинской помощи престарелым гражданам.

В июне 1985 года правительство М. Тэтчер опубликовало очередную «зеленую книгу». В ней излагались изменения в области системы социального обеспечения. Под предлогом упрощения закона правительство наметило постепенную отмену гарантируемых государством пенсий рабочим и служащим, размер которых находился в зависимости от зарплаты.

Генеральный секретарь Британского конгресса тред-юнионов Н. Уиллис эту акцию правительства об отмене государственного пенсионного обеспечения уподобил «ограблению на большой дороге под предлогом перераспределения материальных благ».

Такое же наступление на систему социального обеспечения идет со стороны

правительств многих других капиталистических стран.

Если в СССР с каждым годом увеличивается забота о престарелых людях, то в капиталистическом мире постоянно ухудшается материальное положение пенсионеров.

Находясь в бедственном положении, они с каждым годом ждут улучшения своего материального благополучия, в то время как на них обрушиваются все новые и новые невзгоды. По данным известного американского экономиста Виктора Перло, из 31 миллиона пенсионеров США большинство живет ниже официальной черты бедности.

Престарелые люди больше, чем кто-либо другой, нуждаются в медицинской помощи, а она с каждым годом становится все менее доступной, так как стоимость ее ежегодно возрастает на 10—12 %. За один только 1982 год сокращены ассигнования на медицинское обслуживание стариков и нетрудоспособных на 13,5 миллиарда долларов. Все дороже стоит квартира, и многие пенсионеры находятся в страхе потерять ее из-за отсутствия средств на оплату счетов.

И без того скудные пособия в связи с ежегодным ростом цен продолжают терять свою покупательную способность. Пополнить эти скудные средства путем дополнительного заработка невозможно из-за все растущей безработицы. Ассигнования, предусмотренные на помощь престарелым, городскими чиновниками нередко используются на другие цели. Только в 1982 году на 4 миллиарда долларов были сокращены расходы на выплату пенсий государственным служащим.

Вместо того чтобы выделить дополнительные ассигнования и облегчить участь пенсионеров, США идут по пути усугубления их положения. Белый дом разрабатывает ряд дополнительных наступлений на пенсионеров. Об этом часто говорят сами пенсионеры. Так, корреспондент «Правды» в США С. Вишневский в своей статье «Пушки вместо пенсий» (3 ноября 1982 года) пишет: «Сенатор-республиканец Альфонс Д'Амато поведал коллегам о разговоре с 85-летним жителем Рочестера Луисом Заккарна. Старик сказал, что слишком

много ассигнований достается Пентагону и совсем недостаточно бюджетных долларов идет на «законные нужды престарелых и бедных». И от себя добавил: «Пушки вместо пенсий — так богатейшая страна капитализма печется о своих дедах и бабушках. Как бы их ни пытались «омолодить», лишая средств к существованию, старых людей в Америке наверняка прибавится. Ведь верно сказано в пословице: не годы, а горе старит».

Еще явственней вырисовывается картина, связанная с положением пенсионеров США, когда знакомишься с письмом в «Правду» американского безработного из г. Ла-Канада (штат Калифорния) А. Джонсона: «Для американца не совсем обычно писать о своих бедах в далекую страну — Советский Союз, в его главную газету «Правду».

Но я чувствую, что должен поведать о той несправедливости, которая обрушилась на моих престарелых родителей (отцу 90 лет, а матери — 76). Они получали социальное пособие, предусмотренное одной из программ социального обеспечения пенсионеров. Эта программа была введена еще президентом Франклином Рузвельтом.

Однако администрация Р. Рейгана резко сократила ассигнования на помощь малоимущим, чтобы «сэкономить» деньги! Моим родителям отказали в пособии, потому что у них были небольшие сбережения. Более того, сейчас администрация пытается вернуть деньги, полученные моими родителями в виде пособия. А где их взять? Уже стоит вопрос о конфискации дома родителей. Возможно, скоро их просто вышвырнут на улицу. Старики тяжело заболели от всех этих переживаний.

Сам я беден и вдобавок сейчас без работы, как и миллионы других в США. Я не в силах помочь моим родителям.

Я подумал, что советским людям будет интересно узнать, как живут в Америке бедные люди, которым на каждом шагу приходится сталкиваться с бесчеловечным отношением администрации» (Правда. — 1982 — 3 ноября).

Так по-разному решается судьба пожилых людей в разных по своему социальному устройству странах.

Путь к долголетию лежит прежде все-

го через снижение общей смертности в различных возрастных группах, уменьшение травматизма и профессиональных заболеваний, а также инфекционных болезней. Обеспечивается все это широкими социальными мероприятиями, направленными на улучшение благосостояния людей и условий труда и быта, а также развитие здравоохранения и медицинской науки.

Проведение таких мероприятий позволяет ослабить влияние причин, связанных с ранней и преждевременной смертностью людей. В результате у людей старших возрастов увеличивается удельный вес хронических дегенеративных болезней. Данное явление полностью отражает естественный процесс старения организма.

Такое положение ведет к тому, что внимание к здоровью людей пожилого возраста со стороны органов здравоохранения возрастает, так как страдающие хроническими дегенеративными заболеваниями требуют более тщательного и постоянного наблюдения. И не удивительно, что во многих странах люди старше 65 лет в 3 раза чаще обращаются к врачам, чем молодые пациенты.

Вопросы гериатрии (лечение долгожителей) в наше время приобретают все большее значение еще и потому, что во многих развитых в экономическом отношении странах в связи со значительным снижением рождаемости за последние сто лет произошло увеличение удельного веса людей старших возрастов в 3—3,5 раза. Так, в начале 60-х годов в Англии на одного пенсионера приходился один ребенок до 15-летнего возраста, в то время как в начале XX века — 5 детей. В Швеции, например, в 1850 году удельный вес людей старше 65 лет был 4,8 %, а в настоящее время — более 15 %. В США в 1870 году было 3 % людей старше 65 лет, в 1950 году — 8,2, а в 1980 году — 14 %. Такое же положение во Франции, Англии, Бельгии и многих других странах.

По расчетам некоторых демографов, в частности Эдварда Россета, к XXI веку в связи со снижением рождаемости и увеличением продолжительности жизни населения доля людей старшего возраста (60 лет и старше) будет выше, чем детей и молодежи (0—19 лет).

И не случайно раздаются голоса в ряде стран, что пора уже педиатров переквалифицировать в гериатров.

То, что пожилые люди не всегда могут участвовать в производстве материальных благ, является вполне естественной закономерностью. Несомненно и то, что наличие определенного количества неработающих пожилых людей в стране отражается в какой-то степени на ее экономике. Однако в разных странах проблема заботы о людях пожилого возраста решается в соответствии с сутью их общественно-экономической формации.

Для социалистических стран процесс старения людей не представляет такой опасности. Плановое развитие производительных сил, постоянное повышение производительности труда, механизация, автоматизация и роботизация производства, а также рациональное распределение национального дохода позволяют обеспечить средствами существования и неработающую часть населения.

Кроме того, в СССР проводится большая работа по привлечению людей пенсионного возраста к посильному для их здоровья труду, что не только расширяет материальные возможности этих людей, но и улучшает их психологическое состояние, имеющее, в свою очередь, немаловажное значение в сохранении бодрости духа и здоровья.

Одновременно государство в таком случае приобретает возможность в целом в интересах общества более длительный срок использовать высококвалифицированных специалистов, что для народного хозяйства имеет большое значение. Это, в свою очередь, ставит перед государством и органами здравоохранения ряд социально-гигиенических проблем. Они прежде всего сводятся к профилактике старения, к максимальному сохранению у пожилых людей активного образа жизни.

Для полноценного решения указанных проблем необходимо углубление научных исследований ученых многих специальностей, в первую очередь специалистов в области медицины, биологии, физической культуры, а также создание специальной гериатрической медицинской сети, где бы оказывалась квалифицированная медицинская помощь.

Однако следует сказать, что в капиталистических странах находятся политические деятели, которые считают ненужным заботиться о здоровье престарелых. Так, бывший министр здравоохранения Англии видный консерватор Д. Повелл в лекции, которую он читал в Королевском медицинском обществе, заявил, что не разделяет точку зрения тех людей, которые пропагандируют необходимость усиления медицинской помощи пожилым людям, у которых, как он выразился «нет перспектив когда-либо снова стать производителями». Вывод Д. Повелла сводился к тому, что необходимо «выборочное, узко целенаправленное использование медицинского персонала, средств и оборудования с тем, чтобы сохранить жизнь только тем лицам, которые смогут заплатить за это своей производительностью».

Такое отношение к людям как к машинам выражает подлинно капиталистическое мышление, по которому целесообразно лишь то, что приносит пользу, то есть прибыль. И не случайно выразителем этой мысли стал представитель консервативной партии Англии, защищающей интересы крупной буржуазии. Такая политика не нова.

Еще И. И. Мечников в своих «Этюдах о природе человека» заметил, что в цивилизованных обществах (читай в данном случае в капиталистических) не убивают стариков, как это было в доисторическое время. Но вместе с тем, лишая средств к жизни, их ставят на край гибели, когда они, влача жалкое существование, нередко предпочитают самоубийство.

Вышеизложенная идеология есть выражение классовой политики, где господствуют не гуманистические принципы, а эксплуататорские, где страсть наживы превыше всего.

Известно, что к социальным условиям, от которых зависит продолжительность жизни людей, относится обеспеченность жилищем. Так вот, печать капиталистических стран вынуждена признавать, что даже в таких высокоразвитых государствах, как США и Англия, обеспеченность жилищем остается неразрешимой проблемой.

Особенно тяжелые жилищные условия в США имеют рабочие-иностранцы. Выходцы из латиноамериканских стран

в своем большинстве живут в трущобах Нью-Йорка, Чикаго и других крупных городов страны. Здесь не только отсутствуют минимальные жилищные условия, но и господствуют безысходная нищета, невероятная скученность, беспредельная антисанитария.

В таком жилье гнездится источник различных инфекционных болезней. Проживающие в нем люди плохо питаются, не имеют средств для уплаты за медицинскую помощь. Не случайно, по официальной статистике США, средняя продолжительность жизни мексиканцев, проживающих в этой стране, на 7—10 лет меньше, чем американцев.

По разным данным, указывала газета «Дейли уорлд» в июне 1985 года, в США от 2 до 3,5 миллиона человек бездомных. Их называют людьми улицы (стрит пипл). Эти «лишние» люди общества ведут кочевой образ жизни. Они ночуют в ночлежках, в подземках, на лавках в сквере или просто на асфальте улиц. По свидетельству журнала «Ю. С. ньюс энд Уорлд рипорт», только в Нью-Йорке бездомных насчитывается около 45 тысяч, в Чикаго и Лос-Анджелесе — по 25 тысяч.

В страхе живут бедные люди Америки, опасаясь, что их могут выселить из квартиры на улицу. Страх этот небезоснователен, поскольку ежегодно из квартир выселяют до 2,5 миллиона человек. А лишиться квартиры — это нередко равноценно преждевременной смерти. Из-за отсутствия жилья ежегодно около 25 миллионов американцев, преимущественно пожилых, погибают в зимнее время от переохлаждения.

Не лучше обстоит дело в Англии. Правительство консерваторов, пришедшее к власти в 1979 году и возглавляемое М. Тэтчер, несмотря на тяжелые жилищные условия миллионов людей, не только не увеличило расходы на строительство жилья, а даже сократило их. В последние годы жилья строится в 3 раза меньше, чем строили при правительстве лейбористов.

В начале 80-х годов более 2 миллионов английских семей жили в трудных жилищных условиях, а около 50 тысяч семей вообще не имели жилья. При этом с каждым годом увеличивается его стоимость. Все это отражается на здоровье

примерно 10 миллионов человек. Несмотря на высокую среднюю продолжительность жизни в Англии (около 70 лет у мужчин и более 75 лет у женщин), многие люди, которых одолевает нищета, и прежде всего бездомные, живут на 10—15 лет меньше.

При наличии высокого уровня национального дохода в ФРГ жилищная проблема в стране продолжает оставаться трудной. Во многих крупных городах она превратилась в одну из острейших социальных проблем. Особенно в трудных условиях находятся беднейшие слои населения. Правда, те, кто стоит у власти, утверждают, что будто бы в стране не существует жилищной проблемы, ссылаясь на то, что более 300 тысяч квартир не заняты. Им как будто невдомек, что жилье не занимается из-за его дороговизны.

Только за пять лет 80-х годов стоимость платы в ФРГ за квартиры возросла на 26 %, в то время как реальная зарплата за это время сократилась на 5 %. Четверть и больше заработной платы трудящимся приходится тратить на оплату жилья. Что касается пенсионеров, то им приходится на квартиру тратить треть своих доходов. Вот почему около 1 миллиона семей ютятся в домах, находящихся в аварийном состоянии, или, проще говоря, в трущобах. Еще в более худших условиях находятся около 250 тысяч человек, которые вообще не имеют никакого жилья.

Все эти бездомные люди и проживающие в нечеловеческих условиях обречены на многие страдания и болезни. Они не имеют средств на лечение, питание и хорошую одежду, и все это преждевременно обрывает их жизнь. Долгожителей среди этого значительного контингента не бывает.

Подобные примеры можно было бы привести по всем другим странам капиталистического мира. Во Франции, Италии, Японии, Голландии и других странах господствуют одни и те же законы капиталистического мира. Разница между ними только в количестве бездомных людей и живущих в не пригодных для жилья условиях. Во Франции 6,5 миллиона квартир не имеют канализации и водопровода. Более 40 % жителей Парижа живут в перенаселенных жилищах.

В Италии не хватает более 2 миллионов квартир. К тому же здесь действует драконовский закон: если не внесена своевременно плата за квартиру, жильцы немедленно выселяются на улицу. Из официальных источников известно, что только за один 1980 год за неуплату квартплаты было выселено около 200 тысяч семей. В Японии только в столице более 600 тысяч семей нуждаются в благоустроенном жилье.

Таким образом, жилищная проблема является одной из важных социальных проблем. По данным ООН, только для людей, не имеющих жилья, в мире необходимо построить 40—50 миллионов квартир. Кроме того, для 80 миллионов человек, на которые каждый год возрастает население планеты, нужно строить около 20 миллионов квартир. Фактически же строится менее 10 миллионов. Конечно, эту проблему можно было бы решить в более короткий срок, если бы страны мира ежегодно не тратили на вооружение более 500 миллиардов долларов. Лишь на половину этой суммы можно построить более 40 миллионов квартир. И это только в течение одного года. Все это говорит о том, что отсутствие благоустроенного жилья стало значительным препятствием в продлении жизни для десятков миллионов людей планеты.

Лишь в СССР и социалистических странах многое делается для того, чтобы решить жилищную проблему. В СССР право на жилье стало одним из основных прав человека, зафиксированных в Конституции. Согласно 44-й статье Конституции «... граждане СССР имеют право на жилище. Это право обеспечивается развитием и охраной государственного и общественного жилищного фонда, содействием кооперативному и индивидуальному строительству, справедливым распределением под общественным контролем жилой площади, предоставляемой по мере осуществления программы строительства благоустроенных жилищ, а также невысокой платой за квартиру и коммунальные услуги. Граждане СССР должны бережно относиться к предоставленному им жилищу».

Это означает, что в условиях социалистического общества жилищные условия как важный социальный фактор



Рис. 2. Сочи. Санаторий «Кавказская Ривьера». 7-й корпус — специализированное отделение для лечения и отдыха инвалидов Великой Отечественной войны

не являются препятствием к продлению жизни человека. Более того, каждый год миллионам советских людей предоставляется возможность справить новоселье и вести здоровый образ жизни.

Так Советское государство заботится о том, чтобы трудящиеся жили во все лучших условиях. На повышение благосостояния народа Советское правительство наметило направить в двенадцатой пятилетке примерно четыре пятых национального дохода.

Осуществление выдвинутого XXVII съездом КПСС курса на ускорение придает динамизм не только экономическому развитию страны, но и реализации Продовольственной программы, решению жилищной проблемы, улучшению условий труда и быта, организации досуга, то есть всему тому, что затрагивает жизненные интересы советских людей, что так или иначе сказывается на их здоровье и долголетии.

Советское государство, проявляя

постоянную заботу о тружениках и ветеранах труда и войны, создает благоприятные условия для их отдыха. Так, например, в стране действуют специальные санаторные отделения для лечения и отдыха инвалидов Великой Отечественной войны (рис. 2).

Трудящимся Советского Союза предоставлены широкие возможности проводить свой отпуск и укреплять здоровье в санаториях, которых в стране с каждым годом становится все больше.

Для сохранения здоровья тружеников предприятий большое значение имеют заводские здравницы — санатории-профилактории, получившие большое развитие в последние годы. За их значительную оздоровительную роль трудящиеся стали называть их цехами здоровья. В настоящее время при предприятиях создано более 2400 санаториев-профилакториев, которые в течение года принимают свыше 10 миллионов человек.

В них работают квалифицированные

врачи, они хорошо обеспечены медицинским оборудованием, что позволяет без отрыва от производства оказывать необходимую медицинскую помощь и тем самым сохранять здоровье трудящимся. Люди, прошедшие цикл лечения в таких учреждениях, не только укрепляют свое здоровье, но и приобретают еще большую трудоспособность, не тратят времени на лечение в поликлиниках.

За последние годы во многих отраслях производства снижается временная нетрудоспособность, что во многом определяется работой этих учреждений. Оценивая значимость оздоровительных мероприятий, газета «Правда» в своей передовой еще 10 июня 1980 года писала:

«Такая забота окупается сторицей, после полноценного отдыха у людей поднимается настроение, им лучше работается. Об этом свидетельствует и статистика. За последние 3 года потери по временной нетрудоспособности снижены в стране на 40 дней в расчете на 100 работающих, что равносильно вовлечению в народное хозяйство дополнительно 160 тысяч производственников в год».

Практика показывает, что чем выше эффективность лечебных мероприятий, чем полнее используется материально-техническая база санаториев-профилакториев, тем большая от них отдача с учетом выполнения народнохозяйственных задач страны.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРИАТРИИ

Как уже было ранее отмечено, проблема долголетия волновала многие умы человечества с древних времен. Уже врач древности Гиппократ давал советы, как сохранить здоровье и удлинить свою жизнь. В его суждениях были весьма рациональные предложения.

Гиппократ советовал быть умеренным в еде, говорил о бесполезности чрезмерно длительного сна и о вредности недосыпания, о благотворном влиянии различных физических нагрузок, в том числе прогулок на свежем воздухе. Эти советы не утратили своего значения и в наши дни.

В I веке н. э. известный римский философ, поэт и государственный деятель

Луций Анней Сенека утверждал, что «кратковременность жизни мы не получаем, а создаем ее сами». Для него уже было понятно, что наследственных, генетических особенностей организма еще недостаточно для того, чтобы прожить долгую жизнь. Чтобы у человека не укорачивалась жизнь, ему нужно создавать благоприятные условия существования.

Выдающийся римский врач и ученый, один из классиков античной медицины Гален утверждал, что старость не является болезнью, а есть особое состояние между здоровьем и болезнью.

Наряду с этим каких только несуразных и варварских предложений не высказывали люди, далекие от истинной медицины. В Древнем Риме рекомендовали старым из высшей касты людям пить кровь молодых. И были такие, которые пили кровь погибающих во цвете лет гладиаторов. Известен и такой факт, когда римский папа Иннокентий VIII, ведущий аморальный образ жизни, пил кровь младенца, надеясь вернуть себе молодость. Но и это не остановило процесс старения. Рецептов омоложения предлагалось много.

Особенно много внимания долголетию и старости уделил ученый, естествоиспытатель, врач, философ Авиценна. Он уже понимал, что старение — это естественный процесс развития организма, который ведет к физиологическим изменениям, и считал необходимым при лечении человека учитывать возрастные особенности организма для того, чтобы дифференцированно применять лечебные средства при оказании врачебной помощи пожилым людям и принимать специфические профилактические меры к их оздоровлению.

Для него было ясно, что в стареющем организме происходят серьезные изменения. «Тело стариков холодное, — писал он, — в то же время и более сухое. Это узнается на опыте по твердости их костей и сухости кожи».

Хотя его понимание старения организма с современной научной точки зрения выглядит наивно, тем не менее в нем чувствуется главное — процесс развития организма. В своем знаменитом произведении «Канон врачебной науки» Авиценна писал:

«С самого начала мы представляем собой крайнюю влажность. Усыхание, которое происходит в нашем теле, есть необходимость, которую нельзя избежать. Когда завершается высыхание прирожденной влаги, то угасает прирожденная теплота...»

Авиценна понимал, что естественной смерти достигают далеко не все люди. Он считал, что это зависит от того, что «каждое тело имеет определенный предел противостояния неизбежному усыханию, что определяется натурой каждого тела, прирожденной теплотой и количеством прирожденной влаги». Иначе говоря, он придавал большое значение наследственным данным.

Современная геронтология подтвердила наблюдения Авиценны. В организме действительно происходит процесс дегидратации в связи со значительным уменьшением воды в костной системе и коже. Вместе с тем согласно его воззрениям у пожилых людей имеется много влаги в органах, что современная медицинская наука трактует как застой в кровеносных и лимфатических капиллярах и межклеточных пространствах.

Авиценна делил жизнь на 4 периода: возраст роста, молодости, зрелых лет и старости. Согласно его воззрениям 1-й период заканчивался к 30 годам, 2-й продолжался до 35—40 лет, 3-й — до 60 лет, а 4-й возраст начинался после 60 лет.

Им во многих случаях правильно определялось состояние здоровья стариков. Авиценна отмечал, что особенность пульса престарелых людей заключается в его замедленности. Современная медицина подтверждает, что если престарелый человек здоров, то в связи с физиологическими особенностями кровообращения пульс у него действительно замедлен и невысокого напряжения.

Авиценна заметил у стариков понижение обменных реакций, в результате чего они мало потребляют пищи, обладают лучшей способностью переносить недоедание и голод. Чтобы дольше сохранить здоровье и отдалить старость, он считал необходимым соблюдение гигиенических правил. Эти рекомендации звучат у него почти по-современному: «Искусство сохранения здоровья является как бы средством доведения каждого человеческого тела путем сохранения не-

обходимых для него благоприятных условий до того возраста, когда наступает смерть, называемая естественной».

Авиценна обращал внимание на необходимость избегать излишеств, питаться малыми порциями, воздерживаться от тяжелой и острой пищи, рекомендовал пожилым людям отдавать предпочтение молоку, зелени и фруктам. Он предостерегал от употребления алкоголя, учитывая, что последний прежде всего отрицательно воздействует на мозг.

Все предложения Авиценны были весьма прозорливы, ибо многие вещи им были высказаны лишь интуитивно в виде догадок, которые в наше время подтверждены медицинской наукой.

Вместе с тем в древности были в обиходе легенды об отдельных случаях исключительного долголетия. В английской литературе сохранились сведения о Фоме Карне, который согласно записям в церковных книгах, где регистрировались все родившиеся и умершие, родился в 1588 году. Ему якобы посчастливилось прожить 207 лет и пережить 12 королей. Научные данные такого долголетия не подтверждают.

Как видим, проблема долголетия была предметом пристального внимания во все времена. Однако, пожалуй, немного имеется в мире стран, таких, как наша, в которой продолжительное время глубоко и последовательно изучается проблема старения человека и продления его жизни.

В 1754 году, еще в бытность М. В. Ломоносова, врач и государственный деятель И. Фишер издал свой труд «О старости, ее степенях и болезнях». В ней изложены проблемы долголетия с учетом факторов, влияющих на продолжительность жизни человека. Он учитывал физическое и психическое здоровье, взаимозависимость их, а также влияние на организм человека условий внешней среды.

В начале XIX века вопросам геронтологии и продления жизни человека большое внимание уделял П. Енгальчев. В своих научных трудах он давал пожилым людям практические советы, как продлить жизнь. Его рекомендации сводились к необходимости постоянно следить за своим состоянием здоровья, питаться в соответствии с возрастом, соблюдать санитарно-гигиенические прави-

ла. П. Енгальчев был противником употребления алкоголя и активным пропагандистом физических упражнений, гуляний на свежем воздухе.

На протяжении XIX века еще не один ученый России уделял этим вопросам большое внимание. Но среди них особо следует отметить вклад в проблему долголетия выдающегося русского терапевта С. П. Боткина. Он не только уделял серьезное внимание изучению глубинных процессов старения организма, но и привлек внимание общественности к старым людям, а своих учеников убедил приступить к тщательному изучению особенностей старения организма и течения болезней у пожилых людей.

Именно после него врачи начали изучать естественное старение организма и преждевременное старение, связанное с различными болезнями и патологическими процессами в организме. В работах С. П. Боткина и его учеников особо подчеркивалось влияние внешней среды на старение организма.

Таким образом, из учения С. П. Боткина явствовало, что процесс старения организма может ускориться при неблагоприятных условиях и, следовательно, у людей имеется возможность продлить жизнь, устраняя внешние причины, пагубно действующие на организм человека. Так перед врачами была открыта перспектива активной борьбы за долголетие людей.

От С. П. Боткина эстафета серьезного изучения проблем геронтологии и гериатрии перешла к И. И. Мечникову. Им издано несколько солидных трудов, посвященных этим проблемам. В начале XX века вышли его труды «Этюды о природе человека» и «Этюды оптимизма», за которыми позже последовали другие.

И. И. Мечников напряженно работал над предупреждением инволюции организма в старости. Для этого им был предложен ряд биологических средств, в том числе и созданная им сыворотка. В отличие от всех своих предшественников И. И. Мечников проводил изучение процесса старения экспериментально.

Он пришел к выводу, что для замедления процесса старения нужно различными медикаментозными и биологическими средствами помочь организму справиться с ядовитыми веществами, в том числе

образующимися в организме. В результате длительных изысканий он создал оригинальную теорию старения, которая, однако, не была безраздельно принята и в последующем рядом ученых подвергалась критике.

Советский геронтолог А. В. Нагорный, в частности, критиковал И. И. Мечникова за его переоценку значения в процессе старения гниения в кишечнике. Указывалось также на то, что им недооценивалось влияние социальных условий на процесс старения. Он брал человека как биологическое существо, на которого будто не действуют жилищно-бытовые, производственные условия, качество питания, доступность медицинской помощи и многие другие социальные факторы, влияющие на здоровье человека.

В 30—40-е годы значительный вклад в развитие советской геронтологии внес академик А. А. Богомолец. Его научные труды были посвящены ранее неизучаемым сторонам в старении организма. Им тщательно исследовалась соединительная ткань и ее роль в регулировании взаимодействия различных функциональных систем организма. Он считал, что в связи с постарением организма в нем изменяется процесс метаболизма, который сказывается на структуре органов, а также на функциональной деятельности всего организма.

В отличие от своих предшественников А. А. Богомолец сосредоточил внимание на изучении стареющего организма не только на уровне отдельных органов, но и на уровне клеток. Его выводы сводились к тому, что для профилактики старения организма и его стимуляции необходимо воздействовать на соединительную ткань и специфические клетки.

А. А. Богомолец вплотную подошел к изучению процесса старения и на молекулярном уровне, что в настоящее время является предметом научных исследований наряду с системным изучением организма. Он уже в 30-е годы понимал, что клетка стареет в связи со значительными изменениями в протоплазме. В ней образуются такие вещества, которые ослабляют ее обменные процессы и реакции.

Им была правильно высказана мысль о том, что в процессе старения организма происходит изменение белковой молеку-

лы, что подтверждено современными геронтологами. Девизом А. А. Богомольца было: «Гармоническое развитие организма, всесторонняя его поддержка — лучший способ достигнуть нормального долголетия».

Еще при жизни А. А. Богомольца вопросами геронтологии активно занимался профессор А. В. Нагорный. Изучив механизм молекулярных изменений в процессе старения, он создал гипотезу о старении организма. Смысл ее заключался в том, что в стареющем организме постепенно затухают процессы самообновления белков, что отражается и на функциональной деятельности организма.

Изучая указанные процессы, А. В. Нагорный установил, что вновь появившиеся молекулы белка по своей активности в значительной степени отличаются от белковых молекул людей молодого возраста. Они менее активно участвуют в обмене веществ. Естественно, что различные ткани по-разному стареют. Учение А. В. Нагорного продолжили его ученики. Это явилось свидетельством того, что интерес к проблемам геронтологии, зародившийся около двух столетий назад, не переставал угасать.

В эту проблему вносили свой вклад и другие ученые, такие, как И. П. Павлов, крупный терапевт Н. Д. Стражеско, и многие другие, которые углубляли изучение отдельных сторон процесса старения и тем самым обогащали общую теорию геронтологии.

С течением времени геронтология обогащалась все новыми и новыми данными, и такой поток новых знаний требовал своего упорядочения. В этих целях, а также придавая данной проблеме большое государственное значение, в нашей стране в Киеве в 1958 году был создан, по сути дела, первый в мире Институт геронтологии. Больше того, он стал форпостом в изучении геронтологии и гериатрии всеми учеными страны.

В Институте геронтологии АМН СССР разработана долгосрочная научная программа «Продление жизни», в осуществлении которой принимает участие 80 научно-исследовательских коллективов страны. Работы проводятся в области биологии старения, гериатрии (науки о болезнях в пожилом

возрасте), социальной геронтологии и геронгигиены (рис. 3).

Разгадать тайну механизма старения, поставить заслон преждевременному увяданию организма — такова цель, которую ставит перед собой коллектив института, возглавляемый академиком АМН СССР Д. Ф. Чеботаревым.

Исследования, которые проводятся в институте, позволяют упорядочить изучение проблемы геронтологии в стране, сосредоточить внимание ученых на конкретных аспектах вопросов долголетия, устранить дублирование, а главное, усилить изучение в целом этой чрезвычайно важной проблемы (рис. 4).

Теперь геронтология вышла из рамок медицинских проблем и стала наукой, опирающейся на все естественные науки, а также на науки, имеющие социально-экономическое направление. Цель ее — продлить жизнь человека и не вообще жизнь, а жизнь активную, творческую, когда человек может не только трудиться, но трудиться производительно.

У нас, конечно, никто не станет утверждать, как в свое время писал Парацельс, о возможности человека жить до 600 лет. Но ясно одно, что многие люди умирают намного раньше, чем исчерпаны жизненные силы организма. Современная практика, социалистическая действительность показали, что человек в 70 лет может активно трудиться и не только пользоваться общественными благами, но и быть полезным для общества, быть не только пенсионным потребителем, а умножать духовные и материальные богатства общества.

Поэтому основная суть геронтологии заключается не в том, чтобы описать особенности, происшедшие в организме пожилого человека, а главное, добиться того, чтобы заблаговременно предупредить старение организма, как бы отложить его на более поздний срок, дав возможность человеку чувствовать себя полезным обществу.

В СССР многое делается для увеличения продолжительности жизни человека. В результате улучшения благосостояния людей, изменения в положительную сторону социально-экономических и социально-гигиенических условий, большой санитарно-просветительной и профилактической работы, проводимой врачами,



Рис. 3. В кабинете лечебной физкультуры клиники Института геронтологии. Восьмой десяток лет занимается Галина Васильевна Тотоонова. Она всю жизнь занимается физкультурой. Справа — академик АМН СССР Д. Ф. Чеботарев

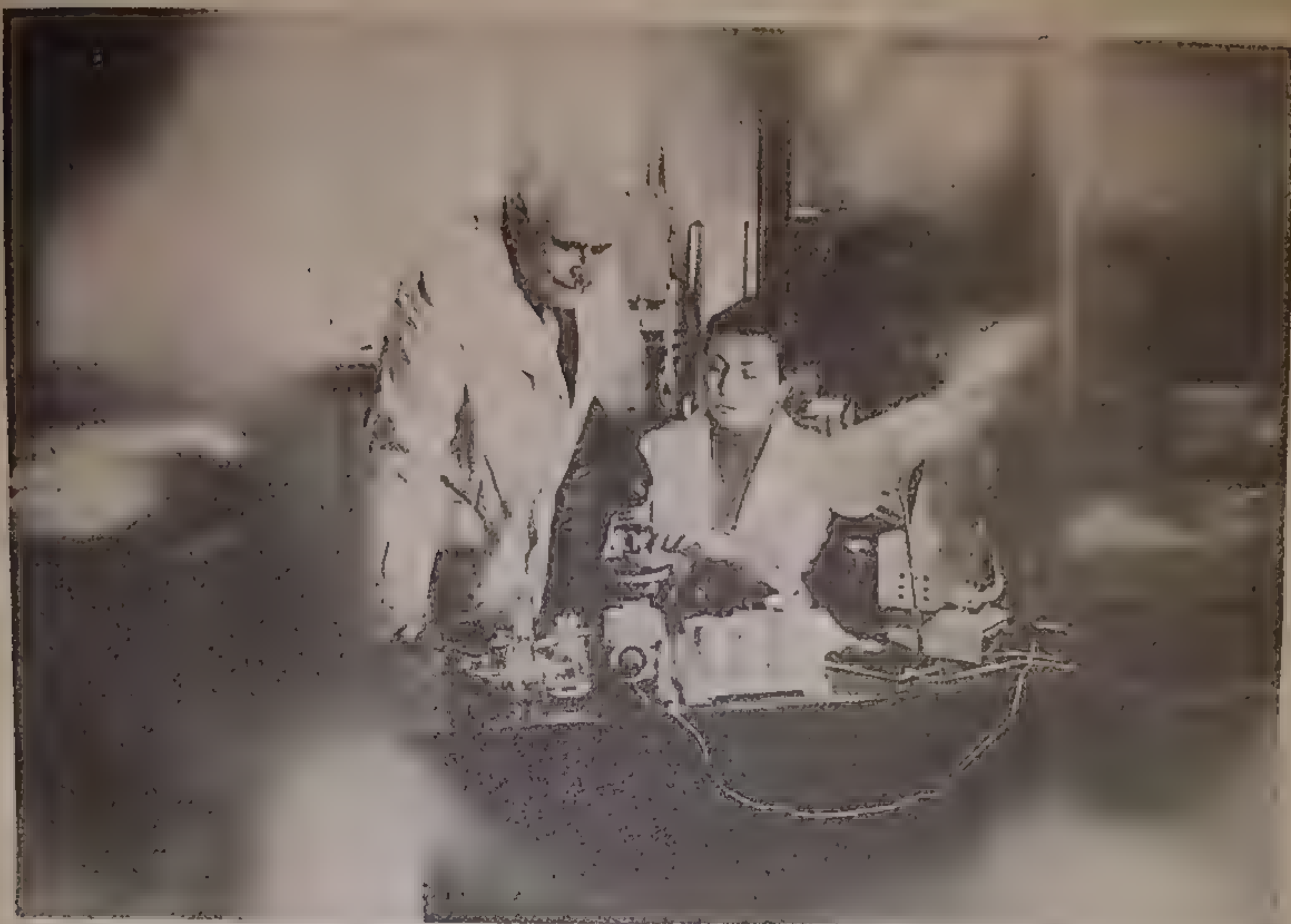


Рис. 4. В лаборатории физиологии, изучающей клеточные механизмы старения. Академик Д. Ф. Чеботарев и старший научный сотрудник кандидат медицинских наук О. А. Мартыненко проверяют результаты очередного эксперимента

в значительной степени улучшилось санитарное благополучие страны.

Давно уже перестали регистрироваться такие особо опасные болезни, как чума, оспа, азиатская холера. Резко сократилась в сравнении с дореволюционным периодом заболеваемость дизентерией, корью и многими другими инфекционными болезнями.

Таким образом, борьба с инфекционными болезнями открыла путь к продлению жизни человека. Она способствовала значительному уменьшению общей смертности населения и особенно детской смертности.

Созданная материально-техническая база здравоохранения, строительство крупных больниц и поликлиник, укомплектование их высококвалифицированными медицинскими кадрами позволили в настоящее время оказывать необходимую медицинскую помощь на месте в пределах области, края, автономной республики 98—99 % всех нуждающихся.

Лишь 1—2 % больных вынуждены ехать в Москву, Ленинград, Киев, Ташкент и другие крупные медицинские центры.

Такой уровень развития здравоохранения благоприятствует сохранению здоровья подавляющему большинству населения нашей страны, предупреждению многих заболеваний, что способствует продлению жизни многих людей.

Стратегические планы социально-экономического развития нашей страны, утвержденные XXVII съездом КПСС на 1986—1990 годы и на период до 2000 года, открывают грандиозные перспективы в деле дальнейшего укрепления здоровья советских людей как задачи первостепенной важности.

Наше государство полностью финансирует все расходы, связанные с лечением больных в стационарах и поликлинических учреждениях, гарантирует работу и установленную по должности зарплату, пенсии людям, достигшим определенного возраста или получившим

инвалидность, компенсацию за период временной нетрудоспособности. Так, например, расходы на здравоохранение и физическую культуру растут из года в год и в 1984 году достигли 21,7 миллиарда рублей.

За годы Советской власти создана внушительная материально-техническая база здравоохранения. На начало 1985 года в стране насчитывалось 1 миллион 136 тысяч врачей, 3 миллиона средних медицинских работников, 3 миллиона 552 тысячи коек.

Новым этапом в развитии советского здравоохранения и укрепления здоровья населения является постепенный переход к ежегодной диспансеризации всего населения. В свете решений июньского (1983 года) Пленума ЦК КПСС это направление в работе органов здравоохранения будет все более ведущим, что позволит еще в большей степени решать успешно такие задачи, как сохранение и укрепление здоровья людей, снижение заболеваемости и увеличение активного долголетия людей.

О размахе этой работы свидетельствуют следующие факты. Если в 1970 году в СССР под диспансерным наблюдением находились 26,8 миллиона человек, то в 1984 году — уже 66,3 миллиона, или в 2,5 раза больше.

В последние годы в нашей стране все большее значение приобретают проблемы гериатрии, то есть науки о болезнях людей пожилого и старческого возрастов. Ведь нередко именно они ускоряют развитие старости, поэтому одной из задач борьбы за долголетие является профилактика этих болезней.

Пожилые люди могут болеть самыми различными болезнями, поэтому к гериатрии причастны врачи многих специальностей. И если в лечебном учреждении есть геронтолог, то ему приходится сталкиваться со всеми специалистами, у которых бывают на консультации долгожители. Однако среди многих заболеваний есть такие, которые более присущи людям старших возрастов. Речь идет прежде всего о болезнях сердечно-сосудистой системы и онкологических.

В связи со снижением инфекционных заболеваний, профессиональных болезней, травматизма и ряда других в удельном весе смертности населения в послед-

ние годы стала преобладать смертность от онкологических заболеваний различной локализации. В целом за период с 1970 по 1980 год в СССР число заболеваний злокачественными новообразованиями возросло с 430,2 тысячи до 544,2 тысячи, или на 26,5 %.

Причем возросла не только абсолютная заболеваемость, что можно было бы связать с ростом численности населения, но и относительный показатель в расчете на 100 тысяч населения. К 1980 году этот показатель достиг 205,2 на каждые 100 тысяч населения.

Анализ показывает, что высокая смертность населения от онкологических заболеваний регистрируется в городах, где человек в большей степени сталкивается с канцерогенными веществами. Наиболее частой локализацией является рак желудка, легких, кожи, молочной железы, шейки матки, лимфатической и кроветворной тканей, прямой кишки, гортани, пищевода и губы.

Если до 1976 года злокачественные заболевания чаще встречались у женщин, то с указанного времени их стало больше регистрироваться у мужчин.

В последние годы заболеваемость раком желудка снизилась, причиной чему является улучшение лечения и диетического питания, а раком легких, наоборот, увеличилась. Возрос и его удельный вес в общей структуре смертности от злокачественных заболеваний с 11,7 до 14,3 %. Как и рак желудка, данная локализация чаще встречается в городах.

Следует обратить внимание на то, что рак легкого у мужчин бывает чаще, чем у женщин, в 7,5 раза, что во многом объясняется тем, что мужчины больше курят, больше их занято в горнодобывающей промышленности и в других отраслях народного хозяйства, где приходится контактировать с высокими концентрациями пыли и канцерогенными веществами.

Увеличилась и заболеваемость раком кожи (на 15,9 %), а удельный ее вес во всех онкологических заболеваниях составил 11,3 %. Данная локализация рака чаще встречается среди жителей города, чем села.

Рак молочной железы во многих районах страны является ведущей патологией среди всех онкологических заболе-

ваний у женщин. В 1980 году число впервые заболевших этой болезнью превысило 40 тысяч человек. Как и другая онкологическая патология, рак грудной железы почти в 2 раза чаще встречается в городе в сравнении с селом.

Иное положение с заболеваемостью раком шейки матки. Данная болезнь за указанный срок стала встречаться реже. При этом уровень заболеваемости как в городе, так и на селе был примерно одинаковым. Снизилась и смертность от этого заболевания в связи с тем, что в последние годы все большее количество случаев этой болезни выявляется в более ранние сроки и, следовательно, лечение таких больных стало более эффективным.

Заболеваемость раком прямой кишки продолжала расти и составила в 1980 году 8 случаев на 100 тысяч населения. Число заболеваний возросло как в городе, так и на селе, при этом главным образом за счет людей более старшего возраста (60 лет и старше) как у мужчин, так и у женщин.

Следует подчеркнуть, что многие онкологические больные после проведенного эффективного курса лечения продолжают жить и трудиться.

Советские медики проблеме выявления и лечения онкологических болезней придают все большее значение, в этом направлении усиливаются научные исследования. Большую роль, несомненно, сыграет ежегодная диспансеризация всего населения.

Диспансеризация как активный метод контроля за здоровьем людей позволяет выявлять болезни на более ранних стадиях, что в значительной степени повышает эффективность лечения. Это особенно важно при лечении таких заболеваний, далеко зашедший процесс которых ведет к трагическим последствиям.

Изучая влияние заболеваемости на продолжительность жизни населения, ученые убеждаются в том, что в настоящее время во всех развитых странах, в том числе и в Советском Союзе, продолжительность жизни у женщин больше, чем у мужчин.

Чем это обусловлено? Причин, объясняющих это явление, немало. Во-первых, женский организм в силу своих биологических особенностей более приспособлен к различным жизненным трудностям.

Женщины легче переносят кровопотери, недоедание и другие экстремальные условия. Их здоровье чаще контролируется врачами.

Но главная причина кроется не только в этом. Самую существенную роль играет особое социальное положение мужчин, их занятость на более тяжелых и опасных работах, употребление ими чаще, чем женщинами, алкоголя и других вредных для здоровья веществ.

Мужчины чаще, чем женщины, болеют сердечно-сосудистыми болезнями, и объясняется это не только более сложными и тяжелыми условиями работы, но и особенностью их гормональной системы.

По данным многих ученых, половые гормоны женщин продуцируют вещества, которые, вероятно, оказывают защитное действие от ишемической болезни сердца.

Одним из главных виновников повышенной смертности мужчин является, по убеждению многих демографов, образ их жизни. В общей структуре смертности как в нашей стране, так и в развитых в экономическом отношении капиталистических странах первые места занимают сердечно-сосудистые заболевания, онкологические и травматизм. Именно этими заболеваниями чаще всего страдают мужчины.

Вместе с тем ранее высокая материнская смертность благодаря развитию медицинской науки и повышению общей грамотности и санитарно-гигиенической культуры женщин значительно сократилась. Улучшились также диагностика и лечение рака грудной железы, от чего также раньше погибало много женщин. Эти обстоятельства явились теми причинами, которые способствовали возрастанию разницы в смертности между мужчинами и женщинами.

Приходится учитывать и то обстоятельство, что в связи с механизацией и автоматизацией производства резко сократилась физическая активность людей. Но если женщины, работающие в подобных условиях, помимо производственной деятельности, занимаются домашней работой, дающей достаточно большую физическую нагрузку на организм, то мужчины испытывают явную гипокинезию, что ведет к повышенной заболеваемости,

связанной с нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы.

Мужчины, число которых среди курящих в 2 раза больше, чем женщин, чаще погибают от различных заболеваний, связанных с курением. Теперь, когда женщины многих стран преодолели запрет на курение, разница в смертности начала уменьшаться, но она все еще высока из-за большего удельного веса курящих мужчин.

Примерно такая же закономерность существует и относительно заболевания циррозом печени. Из-за частого употребления алкоголя мужчинами смертность среди них от последствия алкоголизма — цирроза печени значительно больше, чем у женщин.

Социологи и демографы указывают на то, что продолжительность жизни различных групп населения определяется социальными условиями. Без улучшения социальной жизни нельзя ожидать дальнейшего снижения смертности населения и увеличения его продолжительности жизни. Увеличение продолжительности жизни всегда означало улучшение ее качества.

Ожидаемая в будущем продолжительность жизни женщин в индустриально развитых странах выше, чем мужчин. За последние три десятилетия в ГДР, например, это различие увеличилось. В 1952 году оно составляло 3,2 года, а в 1977 году — почти 6 лет. В настоящее время ожидаемая продолжительность жизни мужчин достигла величины, которая была у женщин 30 лет назад. Объяснение такого положения с позиции генетики и биологии неправомерно, поскольку подобная динамика наблюдалась не всегда. Имеются данные, согласно которым в прошлые века продолжительность жизни мужчин была выше. Подобное положение сохранялось вплоть до XIX века. Это объясняется тем, что много женщин погибало от сепсиса при родах и при ряде других заболеваний.

Различия в смертности мужчин и женщин заметны главным образом среди людей старше 50 лет.

В связи с дальнейшим увеличением продолжительности жизни людей в ГДР важное значение приобретает борьба с курением и злоупотреблением алкоголем, различными другими причинами болез-

ней. У женщин актуальным остается лечение злокачественных новообразований молочной железы и урогенитальных органов. Намечены также меры по борьбе с инфекционными заболеваниями взрослого населения и детской смертностью. Медики ГДР уверены, что учет демографических и этических моментов, социальное воздействие на отрицательные стороны быта, устранение вредных привычек будут способствовать повышению продолжительности жизни граждан ГДР.

Рост численности людей старших возрастов вызвал необходимость проведения социологического анализа проблемы старения населения и определения потребности этих людей в медицинской помощи. Для успешного разрешения таких вопросов ученые призвали различные общественные организации осуществлять тесный контакт с гериатрическими медицинскими учреждениями. Они считают необходимым создание объединенных медико-социальных геронтологических учреждений, что позволило бы правильно и своевременно решать неотложные проблемы помощи людям старших возрастов.

Постепенное снижение рождаемости и увеличение продолжительности жизни влияют в определенной мере на изменение возрастной структуры населения и являются довольно распространенным явлением в развивающихся странах. Один из аспектов таких изменений — увеличение доли людей старших возрастов, численность которых возрастет за период 1980—2000 годов на 100 миллионов в развивающихся и на 38 миллионов человек в развитых странах. Таким образом, люди старших возрастов в абсолютном большинстве будут представлены в развивающихся странах.

По прогнозам ООН, численность населения развивающихся стран в XXI веке увеличится втрое, а затем стабилизируется. Снижение общей смертности населения после второй мировой войны привело к увеличению средней продолжительности жизни в развивающихся странах. К концу 70-х годов средний показатель прироста населения в этих странах составил 4,7 (на 20 % меньше, чем в 50-х годах). Ежегодный показатель прироста населения в настоящее время (2 %) в несколько раз выше, чем в раз-

витых странах. Такой прирост может привести к увеличению численности населения в этих странах вдвое каждые 33 года.

Средняя продолжительность жизни к началу 50-х годов в развивающихся странах составляла 40 лет, в 1965 году — 50 лет. Население в развивающихся странах в 1975 году достигло 2,89 миллиарда. Прогнозируемая численность населения в 2000 году 4,8 миллиарда человек.

Если показатель прироста населения будет снижаться на установленную величину (0,07) ежегодно, он подойдет к уровню компенсации смертности к 2020 году и стабилизируется к 2030 году. Численность населения перестанет расти примерно к 2100 году, достигнув цифры 8,46 миллиарда человек, что почти в 3 раза больше, чем было в 1975 году.

Рассмотрев характерные демографические тенденции — изменение продолжительности жизни, старение населения в странах мира, можно сказать, что наибольшее количество пожилых людей к концу XX века будет в социалистических странах, что отвечает задачам общества о продлении жизни людей.

ТРУД КАК ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ

Одним из важных условий долголетия является труд. Он служит лучшим стимулятором в обеспечении активной и длительной жизни. Исследования многих ученых показали, что подавляющее число людей, достигших 100-летнего рубежа, активно участвовали в труде. Это хорошо понимали сами долгожители независимо от своего образования. Даже те, кто имел невысокий уровень образования, считали, что если всю жизнь с любовью относиться к работе, то надолго сохранишь свою трудоспособность и хорошее здоровье.

К сожалению, в истории человечества были такие ученые, которые ошибочно считали, что наилучшим средством для сохранения длительной жизни является максимальный покой и бездеятельность. На таких позициях стояли ученые средневековья Карданус и Мопьери. Но если можно простить их ошибки, потому что они жили, когда еще наука только начи-

нала постигать тайны Вселенной, то ученым, стоящим на подобных позициях во второй половине XX века, простить нельзя.

А некоторые из них стоят на таких же позициях. Буржуазный социолог Рубнер в своей теории исходит из того, что каждый человеческий организм в течение жизни может израсходовать только определенное количество энергии. Отсюда вывод: хочешь жить дольше — меньше расходуй энергии. Это, по существу, узкий механистический подход, и никто никогда не закладывал в ткани и органы человека одну и ту же энергию. Живое вещество находится в постоянном изменении, и его энергия регулируется обменом веществ. Идеалистическая теория Рубнера не выдерживает никакой критики.

Еще более откровенно выразил свою мысль другой представитель современного капиталистического мира — Теруан. По его мнению, «чем активнее живет организм, тем быстрее он изнашивается». Медицинская наука опровергает такие концепции.

Современная физиология показала, что ограничение деятельности отдельных органов и систем и организма в целом ведет к снижению уровня всех его основных функций — кровообращения, дыхания, обмена веществ. Если внутренние органы не достаточно функционируют, то нарушается их развитие. Особенно это отражается на сердечно-сосудистой системе. В таких случаях и сердце и артерии не могут приобрести необходимой силы, не обладают нужной упругостью и не способны вынести в будущем повышенной нагрузки. Это и приводит к преждевременной гибели организма.

Неработающие ткани и органы или работающие недостаточно, как правило, уменьшаются в объеме, теряют свою силу, то есть сокращают свои функциональные возможности. В качестве примера можно привести мышцы, которые уменьшаются в объеме, если они мало функционируют. Но в связи со взаимозависимостью всех органов и систем изменения в мышцах ведут к изменениям в нервной системе. Люди с ослабленной мышечной системой нередко бывают раздражительны, неустойчивы, быстро утом-

ляются, жалуются на плохое самочувствие.

Мышечная бездеятельность ведет к плохому физическому развитию и является источником многих других заболеваний. Она отражается на работе желудочно-кишечного тракта, обмене веществ и нередко приводит к образованию камней в желчном пузыре, почках, к отложению солей в суставах, позвоночнике. Нарушается при этом и кровообращение. Могут появиться геморрой, эндартериит, варикозное расширение вен на нижних конечностях.

Полезность труда для здоровья и продолжительной жизни человека была замечена давно. Почти 2,5 тысячи лет назад древнегреческий врач Гиппократ в своих советах людям высказывал мысль, что праздность и ничегонеделание — верные спутники порочности и нездоровья.

Мысль о том, что ничто так не разрушает и не истощает человека, как продолжительное бездействие, неоднократно повторяли многие выдающиеся ученые и философы.

Позднее в Древнем Риме врач Авл Корнелий Цельс (I век до н. э. — I век н. э.) также отмечал, что праздность не укрепляет, а расслабляет тело. Укрепляется же оно только работой. Праздность ведет к ранней дряхлости, к нарушению многих функций организма. И наоборот, работающий человек на долгие годы сохраняет свой молодой задор, здоровье, трудоспособность.

Об этом говорили и многие русские ученые. В XVIII веке известный медик Н. Максимович-Амбодик в своих работах писал, что без движения тело уподобляется стоячей воде, которая плесневеет, начинает портиться и гнить. Большое значение придавали труду и ученые более позднего периода. В первой половине XIX века М. Я. Мудров советовал своим пациентам: «Первый рецепт для здоровья — в поте лица своего добывай хлеб свой».

Русский ученый Ф. Ф. Эрисман еще в XIX веке высказывал мысль о влиянии социально-гигиенических факторов и условий труда на здоровье человека. Он понимал, что сохранить здоровье можно лишь при нормальной длительности рабочего дня, которая, по его мне-

нию, не должна была превышать 8 часов, при обеспечении трудящихся жильем и питанием.

В своих работах Ф. Ф. Эрисман указывал, что «...от характера труда человека почти всегда и повсюду зависят... способ его питания, качество его жилища и одежды, характер его чувств и стремлений, его горе и радости, одним словом, вся его физическая, умственная и нравственная жизнь».

Большое значение труду придавал и И. П. Павлов. В результате своих научных наблюдений он пришел к выводу, что люди, избегающие физических усилий, чаще страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. В физическом труде он видел также величайшее целебное средство при расстройствах нервной деятельности.

В знаменитом письме к горнякам Донбасса уже на склоне лет И. П. Павлов так выразил свое жизненное кредо: «Всю жизнь я любил и люблю умственный и физический труд. И пожалуй, даже больше второй. А особенно чувствовал себя удовлетворенным, когда в последний вносил какую-нибудь догадку, то есть соединяя голову с руками». И. П. Павлов считал, что физический труд при определенных условиях является «мышечной радостью».

Л. Н. Толстой, прожив 82 года, также придавал большое значение труду. Он писал: «Физический труд не только не исключает возможности умственной деятельности, не только улучшает ее достоинство, но и поощряет ее».

Известный советский ученый академик А. А. Богомолец в своих трудах уделил много внимания проблемам prolongации жизни человека. В одной из своих книг «Продление жизни» он писал: «Затормозить процесс старения можно разумным управлением своей жизнью... Первый принцип разумной жизни — это труд...»

Важность творческого труда в жизни человека не раз подчеркивал выдающийся советский скульптор, народный художник СССР, лауреат Ленинской премии С. Г. Коненков, который прожил чуть меньше 100 лет (1874—1971) и до последних дней своей жизни создавал восхищавшие людей шедевры.

Он писал: «Сидя со стопкой блинов

возле печи, ожидать, когда потекут молочные реки в кисельных берегах, — занятие вовсе безнадежное. И потому идущим в завтра надо знать, что труд, единственно труд приносит радость и материальный достаток. Труд — радость только тогда, когда в нем живет огонек творчества. Смело зажигайте в себе этот огонек».

Так писал С. Г. Коненков в 90-летнем возрасте, обращаясь к своим соотечественникам, вступавшим теперь уже в далекий 1964 год. Жизнь ему представлялась не покоем, а постоянным действием; свершением больших и малых дел. И свое новогоднее поздравление он закончил тогда знаменитыми словами А. Блока: «И вечный бой! Покой нам только снится».

Из приведенных примеров видно, что подавляющее большинство ученых за всю историю человечества в начале интуитивно и эмпирически приходили к выводу о значимости труда в укреплении здоровья и продлении жизни человека, и эти положения подтверждались научными данными. Труд, здоровье и долголетие — неразрывные элементы жизни. Это глубоко осознали те, кто поставил перед собой цель максимально продлить жизнь.

Если учесть, что труд связан прежде всего с мышечной системой, а у человека около 600 различных мускулов и их вес составляет 40 % от массы всего организма, то можно себе представить, какая заключена в них потенциальная сила, из которой складывается нормальное функционирование как отдельных органов, так и всего организма в целом.

У работающего человека улучшается деятельность сердечно-сосудистой системы. При этом сосуды, доставляющие питательные вещества и кислород мышце сердца, начинают расширяться, увеличивается их число.

По закону взаимосвязи лучшая работа сердца влечет за собой лучшую работу легких. В них повышается вентиляция, что связано с более интенсивным использованием кислорода, поступающего в легкие, в связи с чем усиливается процесс удаления углекислоты из организма.

Все это, в свою очередь, отражается на улучшении обменных процессов в ор-

ганизме — все клетки его получают в необходимом количестве кислород и тем самым не испытывают недостатка в нем, как это бывает при пассивном состоянии организма.

Мышечная работа отражается и на функции всего пищеварительного тракта. У человека улучшается аппетит, укрепляются мышцы брюшного пресса, лучше функционирует желудок, более активно осуществляется перистальтика кишечника, ритмичней работают органы выделения.

Учитывая важность труда в правильном функционировании организма, он нередко используется в больницах как средство лечения (трудотерапия), которое не только положительно влияет на повышение функциональной способности организма, но и тонизирует психику больного, принося ему моральное удовлетворение.

Невольно хочется вспомнить слова К. Маркса, который говорил о том, что человек в процессе труда не только воздействует с помощью своих рук, ног, головы и пальцев на внешнюю природу и тем самым изменяет ее, но в то же время он «...изменяет свою собственную природу» (Маркс К., Энгельс Ф. Соч. — Т. 23. — С. 188). И эта глубоко философская мысль нашла свое многократное подтверждение в трудах физиологов многих стран.

Говоря о влиянии труда на здоровье человека, нельзя, конечно, сказать, что всякий труд полезен. Известно, что в капиталистическом обществе часто принуждают людей работать до полного изнеможения. Не успев восстановить свои силы после короткого отдыха, им опять приходится трудиться. Такой труд не только не приносит радости, но является вредным и разрушительным для здоровья. Это подтвердили и ученые.

Физиологи установили, что если человек ежедневно будет тратить до 10 000 больших калорий своей энергии, то никакое самое калорийное питание в течение суток не сможет восполнить эти затраты. Человек начнет преждевременно угасать, ни о каком долголетии в таких случаях не может быть и речи.

Однако в нашей стране это в настоящее время никому не грозит в связи с процессом автоматизации и меха-

низации производства. Даже в сельском хозяйстве энерговооруженность возросла теперь в сравнении с 1940 годом почти в 16 раз и составляет 27 лошадиных сил на одного работника.

Теперь даже шахтеру-проходчику, вооруженному механизмами, при проходке 1 кубического метра ствола шахты приходится тратить в 5—6 раз меньше своей энергии, чем вручную.

В наши дни большой угрозой здоровью является не тяжелая физическая работа, а недостаточная физическая нагрузка на организм человека. Не получая должной физической нагрузки, которая необходима человеку с тех древних времен, когда он вел энергичный образ жизни, защищаясь от сильных животных и добывая на охоте пищу, он обрекает свою сердечно-сосудистую систему, а через нее и все другие системы и организм в целом на физическую деградацию.

И не случайно в развитых капиталистических странах, где автоматизация и механизация производства достигли высокого уровня на фоне социальных неурядиц, которые отрицательно отражаются на эмоциональном состоянии трудящихся, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний продолжает расти. В США ее удельный вес среди всех случаев смертности уже превысил 60 %.

Растет она и у нас, хотя и несколько медленнее. Ее доля в общей структуре смертности с довоенных лет к началу 80-х годов возросла в несколько раз. Более половины всех этих случаев приходится на ишемическую болезнь сердца. Одной из причин такого роста является ряд факторов, среди которых не последнее место занимает и недостаточная физическая нагрузка.

Советский академик Л. А. Орбели придавал большое значение двигательной системе человека в его приспособлении к окружающим условиям, а следовательно, и к сохранению в течение длительного времени здоровья. И это не удивительно, если учесть, что у человека-труженика, постоянно заставляющего работать свое сердце при физическом напряжении, количество выбрасываемой крови из левого желудочка в аорту в 1,4—1,5 раза больше,

чем у человека, в повседневной жизни которого недостаточно физических нагрузок.

В наше время стало достаточно частым явление, когда мужчины в 70 лет и старше продолжают работать на производстве. При этом они часто выполняют работы, связанные с напряжением всего организма. Подобных примеров можно привести бесчисленное множество.

Вот, например, И. И. Скрипка, отметив свое 70-летие, продолжает работать трактористом в колхозе имени Карла Либкнехта Запорожской области, успешно выполняя установленные нормы. Данный факт и ему подобные свидетельствуют о том, что состояние здоровья людей старших возрастов в нашей стране с каждым годом улучшается.

Ведь еще полсотни лет назад подобного рода случаи были крайне редкими. А если вспомнить слова доктора Астрова, героя чеховской пьесы, который уже в 50 лет считал себя старым и изможденным человеком, то можно представить, как за исторически короткий срок изменилось здоровье советских людей.

В целях укрепления здоровья трудящихся в нашей стране на некоторых предприятиях все лечебно-профилактические учреждения объединяются в единую систему. Это позволяет более рационально координировать работу здравпунктов, поликлиник, стационаров; санэпидстанций, профилакториев, профилакториев-санаториев, а также сосредоточить внимание на всестороннем оздоровлении тех, кто в этом нуждается.

Примером может служить Запорожское производственное объединение «Моторостроитель» имени 50-летия Великой Октябрьской социалистической революции. Здесь создана единая система «поликлиника — стационар — профилакторий — спортивно-оздоровительный центр», которая, по данным генерального директора этого объединения В. Омельченко, позволила улучшить многие показатели, касающиеся здоровья трудящихся.

Делясь своим опытом в газете «Советский спорт» (31 октября 1984 года),

он писал: «Забота о здоровье, курс, взятый на профилактику заболеваемости, потребовали совершенствования работы не только медико-санитарной части, но и всех остальных звеньев системы, обеспечивающей создание оптимальных условий жизнедеятельности трудящихся и членов их семей.

В режим рабочего дня органически включены такие элементы НОТ, как функциональная музыка и производственная гимнастика, которая проводится с использованием специальных комплексов, учитывающих специфику трудового процесса.

Организация на научной основе системы питания тружеников объединения сократила время, необходимое на прием пищи... Появилось время сыграть в шахматы, настольный теннис. Результаты не замедлили сказаться... практически исчезли случаи профессиональных заболеваний.

Основная оздоровительная работа проводится вне заводской территории. «Базовым предприятием» по оздоровлению стал спортивный клуб «Стрела». Всеобщая диспансеризация выявила большое количество трудящихся, по состоянию здоровья остро нуждавшихся в единственном лекарстве — «целебной силе движения». Это потребовало значительного расширения групп здоровья, организации специальных и специализированных групп, которые в настоящее время комплектуются согласно направлениям и рекомендациям медицинских работников.

В объединении решили расширить возможности для самостоятельных занятий физической культурой и спортом тем, кто по разным причинам — возрасту, состоянию здоровья — не посещал спортивных секций. В жилых микрорайонах, в парковых зонах оборудованы дорожки и уголки здоровья, игровые площадки, проводятся спартакиады «Труд и отдых», «Здоровье», «Юность», рассчитанные на разный возраст и уровень подготовленности участников.

Мы убедились на практике: занятия физической культурой и спортом — залог высокой трудовой отдачи и активного творческого долголетия.

Все это не замедлило сказаться и на экономических показателях производст-

венного объединения «Моторостроитель». С момента введения этой системы заболеваемость с временной утратой трудоспособности снизилась в расчете на 100 работающих на 11,7 дня, а годовая социально-экономическая эффективность от организации медицинской помощи, связанной с оздоровительной работой, составила 0,5 миллиона рублей.

Известно, что долголетие как высшее человеческое благо с физиологической и биологической точек зрения способно достичь высоких пределов. При благоприятных биологических данных, правильном и рациональном образе жизни и при гуманных социально-экономических условиях на это благо может претендовать каждый человек.

Главное условие жизни взрослого человека социалистического общества — это трудовая деятельность. И правы те, кто говорит, что труд нужен человеку как воздух, вода, пища. Труд является важным условием всестороннего развития человека. Без него он не мог бы совершенствовать свои умственные способности, физическое развитие.

Труд, благотворно влияющий на функциональную деятельность всех систем организма, является, следовательно, тем действующим фактором, от которого в определенной степени зависит здоровье человека, его приспособительные способности к внешней окружающей среде.

Проведенными исследованиями Международной организацией труда (МОТ) установлено, что люди, находящиеся длительное время без работы, страдают типичными заболеваниями. К ним относятся нервная депрессия, язвенная болезнь желудка, гипертония, нарушение сердечной деятельности.

МОТ создала энциклопедию профессиональных заболеваний и охраны труда, в которой указывается, помимо прочего, что потеря работы является нередко причиной физического и психического расстройства. Все эти расстройства особенно характерны для людей, лишившихся работы в возрасте старше 50 лет. Конечно, советскому человеку, не знающему, что такое безработица, дико это слышать.

Впервые за всю историю человечества к концу 30-х годов в СССР была полностью ликвидирована безработица.

Все советские люди получили подлинное право на труд. Это была нелегкая социальная задача. Царское самодержавие в этом отношении оставило нам тяжелое наследство, которое усугубилось интервенцией капиталистических стран и длительной гражданской войной.

Несмотря на принимаемые меры по восстановлению народного хозяйства после гражданской войны, еще в 1928 году к началу первой пятилетки в стране было более 1,5 миллиона человек безработных. Лишь с индустриализацией страны к началу 1930 года число их было сокращено до 1,08 миллиона, а к концу этого же года — до 240 тысяч. Постепенно в течение 30-х годов растворился и этот отряд безработных. С тех пор советские люди не знают этого страшного бедствия, отражающегося на здоровье людей и их продолжительности жизни.

Вместе с тем во всех капиталистических странах безработица до сих пор лишает многих людей нормальных условий жизни. Право на труд, записанное в конституциях ряда стран, звучит как издевательство над людьми. Безработица является одной из вечных язв капиталистического строя. И чем дальше развивается ход истории и чем больше стареет капитализм, тем все больше и больше становится людей, обреченных на нищету.

В странах капиталистического мира, где наличие безработицы является одной из закономерностей этого общества, плохое здоровье людей и психосоциальное напряжение лишившихся работы в значительной степени сокращают продолжительность их жизни. Врачи ФРГ отмечают, что у значительного количества безработных имеются различные отклонения в состоянии здоровья. При этом чем длительней срок безработицы, тем степень расшатывания здоровья значительней.

Французский профессор Ш. де Лов считает, что безработица разрывает целую систему связей, которая имеется у работающего человека. «Психологический шок, — по его мнению, — может быть столь сильным, что психические расстройства могут иметь последствия в течение многих лет».

Такого же примерно мнения и док-

тор Ж. Деливре — специалист по производственной профилактике. Он считает, что для безработных характерно возникновение депрессивных состояний. Такие люди более склонны к алкоголизму и наркомании.

Состояния депрессии и тревоги, вызванные отчуждением от рабочих коллективов и тяжелым материальным положением в связи с лишением средств к существованию, по мнению Ж. Деливре, часто сопровождаются целым рядом других симптомов — обострением расстройства органов пищеварения, значительными изменениями артериального кровяного давления, болями в сердце, позвоночнике и др. Все это, конечно, сокращает жизнь людей, ограничивает путь к долголетию.

Обеспеченность человека работой, таким образом, имеет большое социальное значение. Она отражается на благосостоянии людей, их здоровье и долголетию. Лауреат Нобелевской премии М. Бернет, изучавший этот вопрос, писал: «Нормальное удовлетворение работой больше способствует долголетию, чем физическое строение, способ питания, некурение и долголетие родителей».

Труд, по Марксу, — «вечное естественное условие человеческой жизни» (Маркс К., Энгельс Ф. Соч. — Т. 23. — С. 195). Лишать человека возможности трудиться — значит, помимо всего прочего, укорачивать его жизнь. Ведь труд не только приносит человеку блага, но и сам по себе благо, чувство удовлетворенности трудом играет важную роль в поддержании здоровья.

Вот почему мы, советские люди, вправе гордиться, что у нас в Конституции есть статья 40, которая гарантирует право на труд — основное условие материального благополучия, которое непосредственно влияет на условия жизни и на сохранение здоровья до глубокой старости.

ЕСТЬ ЛИ РЕЦЕПТЫ ДОЛГОЛЕТИЯ?

Почему же долгожители живут намного дольше других людей? Можно задаться вопросами: где они живут, в какой местности, в каких климатических условиях, как питаются, какой образ

жизни ведут, какие задатки получили по наследству?

Каково, например, меню долгожителей? Традиционную абхазскую пищу представляет кукурузная каша, сыр в основном из козьего молока, много зелени, овощей, фруктов, но в ней почти нет животных жиров, мало рыбы и мяса, ограничено потребление соли и сахара.

Азербайджанская кухня совсем другая — много мяса, много жирных блюд.

Стоит ли говорить, как отличается пища эвенков от любого из вариантов кавказской: оленина, животный жир, рыба, совсем небольшое количество овощей, дикорастущие ягоды.

Правда, с возрастом все обычно ограничивают употребление мяса, сахара, острых и жирных блюд за счет увеличения молока, овощей и фруктов. Но такая диета характерна как для долгожителей, так и для пожилых людей.

Что же касается образа жизни, то сама принадлежность долгожителей к разным социальным категориям говорит — он разный. Среди них люди физического и умственного труда, крестьяне, рабочие, ученые, писатели. Профессия, уклад жизни, привычки у долгожителей, следовательно, могут быть самые различные.

Многое менялось в образе жизни старейшего человека планеты Ширали Мислимова уже в силу исторических обстоятельств. Тяжелый и неблагодарный труд на хозяина в юности, с несправедливостями, незаслуженными обидами, постоянной угрозой наказания сменялся на труд колхозного чабана — ответственный, нелегкий, требующий физической выносливости, психических затрат. Большая семья тоже обязывала ко многому: и к работе, и к терпению, и к справедливости. Когда же спрашивали у долгожителя о его «секретах», он всегда отвечал так: «Я никогда не спешу и поэтому не спешу прожить свою жизнь. Занимаюсь физическим трудом почти 150 лет».

Сам он не прекращал трудиться, подолгу бывал на свежем воздухе, даже в преклонном возрасте совершал прогулки. Много лет придерживался своих правил в еде — не ел ни говядины, ни баранины, любил куриный бульон,

сыр и кислое молоко — айран.

А вот слова академика А. А. Михайлова, бывшего долгое время директором Пулковской обсерватории, которыми он ответил на вопрос, какой образ жизни помог ему сохранить здоровье, бодрость и работоспособность: «Я ничего не делал для этого, но и против этого тоже. Это надо понимать так: специально я не предпринимал ничего для достижения своего возраста, а просто вел такой образ жизни, который способствовал активному долголетию. Я никогда не курил, не пил, спал не менее 8 часов в сутки... Я думаю, что моему здоровью способствует, что последние 26 лет я живу за городом.

Итак, мое долголетие, по-видимому, результат совокупности ряда благоприятных обстоятельств, которые пересилили многие отрицательные влияния».

К отрицательным влияниям академик Михайлов относил свою плохую наследственность — одну из главных характеристик, на которые обращают внимание при изучении долголетия. Его мать умерла в 29 лет от туберкулеза, отец в 65 лет — от грудной жабы. В молодости ученый много болел, особенно бронхитами.

Долгожительство при плохом здоровье в молодые годы — не такая уж редкость. Есть среди долгожителей такие, у которых здравствующих долго в роду не было. Но часты случаи, когда от родителей-долгожителей рождались долгожители-дети.

В долголетию важное значение имеют генетические особенности организма, если их проявлению не мешают различные социальные факторы. Можно было бы привести много примеров, когда дети, родившиеся в семьях будущих долгожителей, также становятся долгожителями.

В 1976 году Самсон Викентьевич Хруцкий перешагнул черту 100-летия. Он был участником далекого уже для нас Цусимского сражения во время русско-японской войны 1904 года на броненосце «Орел». Характерно, что для рода Хруцких является типичным долгожительство. Его прапрадед прожил 140 лет. Прадед, дед и отец прожили более века.

У Самсона Викентьевича было два старших брата. Самый старший брат — Константин Викентьевич прожил 114 лет.

Ему довелось участвовать в русско-турецкой войне 1877—1878 годов и более чем через 60 лет после этого получить от благодарного правительства Народной Республики Болгарии орден Георгия Димитрова за сражение на Шипке и Плевне.

Средний брат в годы Великой Отечественной войны был расстрелян фашистскими оккупантами в возрасте 105 лет за помощь партизанам.

Подобных примеров семейного, переходящего из рода в род, от потомства к потомству долголетия можно было бы привести множество. И факты эти свидетельствуют об особой биологической предрасположенности к длительной жизни. Нарушить эту закономерность могут лишь чрезвычайные обстоятельства, несчастные случаи и другие социальные затруднения.

Долгожителей можно встретить почти в каждом районе Советского Союза. Они живут не только в солнечной Грузии, горном Азербайджане, но даже и в районах Крайнего Севера.

В северной автономной республике Коми в каждом районе есть долгожители. В приполярной деревне Кожимово прославилась жительница П. Н. Нарпы, которая еще в 1969 году перешагнула рубеж столетия. Почти полвека она вместе с мужем пасла оленьи стада в большеземельской тундре, до 83 лет работала в колхозе. Пелагея Никифоровна воспитала 115 внуков, правнуков и праправнуков.

Свой столетний юбилей Анна Филипповна Филиппова, жительница села Краснобор, расположенного на берегу студеной реки Ижмы, отметила в 1971 году. Она также являлась потомственной оленеводкой. В Воркуте столетие в 1973 году отметила Антонида Захаровна Егорова.

«Секрет» долголетия многих граждан этой северной республики заключается в значительном улучшении благосостояния народа, хорошем медицинском обслуживании. В дореволюционный период такого количества долгожителей в этой местности никогда не было.

В 1968 году перешагнула столетний рубеж жительница поселка Токаревка Тельманского района Карагандинской области Казахской ССР Укуш Жакеше-

ва. Это уже другой необъятный край нашей страны. Долгие годы она жила в безлюдной степи. На ее глазах коренным образом изменилась степь Центрального Казахстана. Многие она повидала за свою жизнь, но благодаря постоянному труду, как утверждает У. Жакешева, она сохранила свое здоровье, бодрость духа, трудоспособность. Ее потомство до правнуков составляет более 40 человек.

В марте 1984 года 100 лет исполнилось сибирячке Ульяне Кирилловне Ивановой, жительнице г. Лесосибирска, расположенного на реке Енисее в Красноярском крае. Жизнь ее нельзя назвать легкой, но она с ранних лет была связана с трудом. В 13 лет лишившись отца, она уже начала пахать землю. А когда вышла замуж, стала матерью 9 детей, но воспитывать ей пришлось, помимо своих детей, еще 31 внука и 27 правнуков.

Несмотря на свой преклонный возраст, У. К. Иванова полна бодрости и энергии, что позволяет ей вести домашнее хозяйство.

В нашей стране имеют место даже такие случаи, когда люди отмечают столетние юбилеи своего супружеского союза.

Так, в высокогорном селе Яншак на Малом Кавказе в августе 1985 года Хатын и Ильяс Джафаровы в присутствии всех жителей села отпраздновали такой юбилей. Их жизнь была настолько продолжительной, что все потомство от детей до правнуков составляет более 200 человек, проживающих в 30 городах нашей страны. В честь такого события местный ашуг Алиш сложил песню про эту прекрасную жизнь, наполненную трудом, дружбой и взаимоуважением.

При комплексном подходе к изучению феномена долголетия выявилось существенное влияние психологических факторов на продолжительность жизни и здоровье.

Долголетие связано, помимо прочего, с особенностями личностной психики, ее особой окраской отношения к жизни. Долгожители всегда производят впечатление людей, довольных жизнью. Их отличает умение найти и увидеть вокруг себя хорошее, положительное. Всю группу долгожителей какой-либо местности

характеризует ярко выраженный психологический тип — он легко приспосабливается к изменению жизненных условий, обстоятельств, устойчив к стрессам.

Есть еще одна интересная закономерность: если человек пенсионного возраста не разрывает нити, связывающие его с обществом, с коллективом, где он многие годы проработал, у него вырабатываются прочные основы для дальнейшего продления своей жизни.

Многие пенсионеры считают, что их жизнь была бы содержательнее и насыщеннее, если бы они активнее привлекались к общественной работе. Тогда психологический настрой и физическое состояние у них были бы более устойчивыми. Это способствовало бы укреплению здоровья в целом, а также дальнейшему продлению жизни.

Рассуждая по этому поводу, московский пенсионер И. Окунев в газете «Правда» (13 октября 1985 года) писал: «Такое замечательное понятие, как общественная работа, рожденное революцией, ярко раскрывавшееся в советских людях после Октября, было, к сожалению, в какой-то момент в известной мере принижено провозглашением принципа материальной заинтересованности. Кое-кто и сегодня еще толкует его весьма однозначно. Во власти такой психологии не только иные молодые, полные сил, но подчас и некоторые пенсионеры».

Большинство пенсионеров понимают, глубоко осознают, что необходимо быть активным и что это является жизнеутверждающим стимулом, благотворно влияющим на психику и физическое состояние, продлевает годы счастливой жизни.

Долголетие — это длинный путь жизни, и чтобы максимально дальше продвинуться по этому пути, необходимо заложить основы здоровья в раннем детстве. Правильно писал в своей статье «Манифест подлинного гуманизма» еще в начале 60-х годов один из крупнейших организаторов здравоохранения, министр здравоохранения СССР С. В. Курашов: «Здоровье человека закладывается в раннем детстве. Поэтому надо воспитывать у детей ответственность перед обществом за свое здоровье, бе-

режливое отношение к здоровью — этой основе долголетия».

Правильный, то есть гигиенически обоснованный, образ жизни — необходимое условие долголетия. В условия правильного образа жизни входят прежде всего посильный труд, постоянная мышечная деятельность, рациональное питание, активный отдых.

Рациональное чередование труда и отдыха, строгий, ритмичный образ жизни — одно из важнейших условий сохранения здоровья и долголетия. Любой отдых принесет пользу, если он будет активным.

Работа и отдых — две стороны единого процесса жизнедеятельности человека.

Особенно важно максимально эффективно использовать еженедельный отпуск — выходные дни. Уже более 20 лет значительная часть советских тружеников пользуется еженедельно двумя выходными днями. Это достаточно большой срок, чтобы полностью освободиться от утомления, накопившегося за пять предшествующих дней, набраться новых сил и с полной энергией начать трудиться следующую неделю.

Особый заряд энергии получают те, которые не замыкаются в рамках своей квартиры, а стремятся выехать за город, поработать на садовом участке, в огороде, отправиться в лес за грибами или зимой покататься на лыжах, побывать на охоте, рыбалке.

Территория Советского Союза столь обширна, что всем 278 миллионам жителей нашей страны всегда найдется место, где можно принять воздушные ванны, подышать насыщенным кислородом воздухом без примеси вредных химических веществ.

Большое значение имеет и ежегодный отпуск. Если правильно использовать его, то он поможет надолго сохранить заряд бодрости, укрепить нервную систему — основной регулятор деятельности организма человека. И в этом сложном процессе чередования работы и отдыха, правильной их организации — путь к здоровому образу жизни и долголетию.

Итак, здоровье, полученное в наследство от родителей, не может само по себе максимально продлить жизнь, если сам

человек не приложит к тому усилий.

Каждый человек, максимально соблюдая правила рационального питания и личной гигиены, должен создать себе такие условия труда, быта и использования свободного времени, которые правильно чередовали бы физическую и умственную нагрузку и способствовали бы ритмичной работе всех органов и систем.

Если все это каждый человек не возьмет на вооружение, то никакие «райские» условия существования не уберегут его от преждевременного старения и постепенного угасания. Ни о каком долголетии в таких случаях не может быть и речи. Только внимательное наблюдение за своим здоровьем может продлить жизнь и не оборвать дорогу к долголетию.

Изучение учеными-медиками людей, доживших до 100-летнего возраста, показывает, что почти все они умерли не вследствие истощения жизненных сил, а в результате того или иного заболевания. Иначе говоря, подавляющее большинство людей уходит из жизни преждевременно. Если брать людей наиболее преклонного возраста, то многие из них умирают от атеросклероза, то есть от сужения просвета кровеносных сосудов и, следовательно, резкого ухудшения питания органов, тканей и клеток организма. Особенно к этому оказываются чувствительными головной мозг, сердце и некоторые другие жизненно важные центры организма.

Кроме болезней, люди преждевременно умирают и от неправильно организованного образа жизни. Пренебрежительное отношение к своему здоровью ведет к его утрате.

Для сохранения здоровья и prolongации жизни очень важно, чтобы человек вел размеренный образ жизни и с учетом возраста постепенно изменял свой стереотип.

А стереотип этот должен быть прежде всего направлен на нормальное функционирование всех органов и систем, на сохранение упругости и эластичности мышечной системы. Человек использует мышцы не только для выполнения различных физических упражнений. Они участвуют во многих функциях внутренних органов.

Вместе с тем мышцы являются рецепторами, осуществляющими связь организма с окружающей средой. Поэтому наряду с укреплением сердечно-сосудистой системы всегда нужно заботиться и о тонусе мышц, которые придают человеку стройность, а также обеспечивают подвижность всех суставов.

Изменяя выработанный в молодости стереотип, связанный с различными нагрузками, в более поздние периоды жизни следует считаться с тем, что при этом требуется замедление процессов обмена веществ в организме. Дело в том, что человек в силу изменения физиологических реакций всех систем и органов в более пожилом возрасте уже не может так же интенсивно выполнять различные физические нагрузки, как в молодости.

Поэтому интенсивность нагрузки он должен компенсировать продолжительностью ее. Для ясности этого положения можно привести пример из области спорта. Если в возрасте 20—25 лет человек пробегал на лыжах 5 километров за 20 минут, то в 40—50 лет он ту же дистанцию должен пройти за 30—35 минут. И укорять его за это нельзя, потому что данное явление вполне закономерно, естественно и физиологически обоснованно. Иначе говоря, интенсивность должна заменяться длительностью по времени выполнения той же нагрузки.

С физиологической точки зрения это объясняется так: при физической нагрузке на организм надпочечники выделяют в кровь адекватное нагрузке количество веществ, называемых адреналином и норадреналином. Эти вещества и регулируют деятельность сердца и сосудов. Воздействуя на так называемые терминалы (окончания симпатических нервов), находящиеся в сердце и других органах, выделяемые из надпочечников вещества регулируют их деятельность.

Вся эта сложная система связи функциональной деятельности надпочечников с сердечно-сосудистой системой, органами дыхания, мышцами через симпатическую нервную систему называется симпатoadреналовой и выполняет важную роль в регулировании деятельности и взаимодействия всех органов и систем.

По мере старения человека число окончаний симпатических нервов, или терминалов, в сердце уменьшается. Это означает, что сердечно-сосудистая система не в полной мере отвечает физической нагрузке на организм. В результате сердце не в состоянии обеспечить организм, его отдельные органы, ткани кислородом, что может привести к расстройству ряда систем и в первую очередь дыхательной системы.

Знание указанного явления имеет большое практическое значение. Речь идет о том, что люди пожилого возраста должны давать своему организму менее напряженную физическую нагрузку, чем в молодые годы. Если это правило не соблюдается, то организм перестает адаптироваться к нагрузкам и чрезмерные физические нагрузки могут привести к расстройству деятельности различных органов и систем.

Особенно полезны различные физические движения на свежем воздухе, который в большой степени насыщен кислородом. У людей, постоянно занимающихся физкультурой, значительно больше жизненный объем легких, иногда достигающий 6000 кубических сантиметров при выдохе, что в 3 раза больше, чем у людей, ведущих пассивный образ жизни.

И если таким людям придется одновременно выполнять тяжелую физическую нагрузку, то тот, у которого жизненный объем легких высокий, легко справится с этой нагрузкой. Человеку же, имеющему небольшой жизненный объем легких, чтобы получить в минуту 5—7 литров воздуха, нужно учащенно дышать, что приводит к быстрой утомляемости, к трудностям в работе.

У тренированного человека быстрее расправляются бездействующие ранее капилляры и альвеолы, которые начинают сразу же снабжать более усиленно кислородом все органы, в которых во время физической нагрузки усиливается окислительный обмен.

С древних времен у русских людей есть обычай закаляться холодом. Многие, напарившись зимой в бане по-черному, выходили на улицу и обтирались снегом. Этот обычай соблюдается и сегодня жителями Урала, Сибири и Дальнего Востока.

Однако есть люди, стоящие на другой позиции. Они считают, что коль скоро холод приносит простуду, значит, его следует избегать. Нужно, по их мнению, не только жить в тепле, но и одеваться теплее. Такие люди не обращают внимания на то, что как раз у них-то чаще бывают различные простудные заболевания от малейшего сквозняка.

А все это происходит потому, что многие люди просто не знают, что холод является возбудителем системы терморегуляции, он вызывает ряд импульсов, которые через нервную систему воздействуют на функции жизненно важных органов.

Рефлекторным путем холод нормализует работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Под его воздействием изменяются функциональные возможности организма, повышается обмен веществ, становится более активной работа мышц, усиливается процесс сгорания жиров. Происходят изменения и в биологических средах. В крови, например, увеличивается число эритроцитов, насыщенных гемоглобином, несущих кислород ко всем клеточкам тела.

В результате человек становится более выносливым. Защитные способности организма против простудных заболеваний возрастают.

Есть немало наблюдений, свидетельствующих о том, что если начинается эпидемия гриппа, то она прежде всего поражает тех, кто большую часть суток проводит в теплом помещении. И наоборот, те люди, которые работают на воздухе и летом и зимой, болеют значительно реже.

Имеются научные данные, что вдыхаемый холодный воздух способствует лучшей утилизации холестерина — вещества, накопление которого ведет к атеросклерозу.

Все это означает, что человек должен чаще бывать на свежем воздухе независимо от температуры и погодных условий. В этом состоит один из принципов закаливания организма и укрепления здоровья.

Известно, что И. Е. Репин, дожив до 85 лет, совсем не знал простудных заболеваний. Он всю зиму спал в комнате с открытыми окнами, несмотря на самые лютые морозы.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ — ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ

Нормальному образу жизни в значительной степени мешает излишний вес человека. У полных людей нарушается газообмен в организме из-за того, что легкие не в состоянии насытить кислородом все органы и ткани организма в связи с пониженной функциональной деятельностью у них нижних долей легких, что вызвано высоким положением диафрагмы, которая как бы сжимает и уплотняет их. У таких людей даже при небольших физических нагрузках отмечаются одышка, синюшный цвет лица, кашель.

Все это является результатом малоподвижного образа жизни, нерационального питания, отсутствия достаточных физических нагрузок на организм.

Основной принцип питания заключается в том, чтобы потреблять такое количество продуктов, которое необходимо для компенсации израсходованной организмом энергии. Если человек будет потреблять продуктов больше, чем нужно для компенсации израсходованной энергии, особенно содержащих углеводы и животные жиры, то начнет тучнеть, в различных тканях его организма будет откладываться жир. Особенно опасно, если потребляются легкоусвояемые углеводы.

Когда человек видит, что он начинает полнеть, ему надлежит резко ограничить потребление углеводов. Одновременно необходимо ограничить и потребление животных жиров. Все, что содержит жир, нужно довести до минимума. В таком случае даже крепкий бульон, должен быть редким блюдом в рационе питания.

Главный элемент пищи — это белок. Именно он определяет нормальную деятельность человеческого организма. Раньше люди ценили продукты по их жирности. Теперь, когда наука доказала особую важность белков, о ценности продуктов судят по содержанию белков. Поэтому когда мы говорим о рациональном питании, то имеем в виду, что человек наряду с необходимым количеством жиров и углеводов должен потреблять и необходимое количество белков.

Ценность белков заключается в том, что в их состав входит ряд аминокислот, которые требуются для обмена веществ. Часть из них может непосредственно образовываться в организме человека, поэтому организм не испытывает в них недостатка при нормальном питании.

Другие же аминокислоты, крайне необходимые человеку, попадают в готовом виде с белковой пищей. Их называют незаменимыми. Наибольшую ценность из всех этих незаменимых аминокислот представляют триптофан, лизин, метионин. Их достаточное количество и в необходимом соотношении находится в мясе, рыбе и яйцах, поэтому данные продукты для питания имеют первостепенное значение.

Есть незаменимые аминокислоты и в зерновых культурах, овощах, молоке и других продуктах. Однако в хлебе, крупах лизин и метионин содержатся в небольшом количестве, а в молоке мало триптофана и метионина. Следовательно, белки этих продуктов усваиваются организмом плохо.

Положение усугубляется тем, что при термической обработке часть этих аминокислот разрушается. Известно, например, что хлеб, прошедший термическую обработку, в сравнении с мукой теряет до 15 % аминокислот. Такие же потери несут молоко и творог при термической обработке. Из этого напрашивается вывод, что лучше употреблять их в сыром виде. Но за многовековую свою историю человек привык к вареной пище, и с этим, очевидно, нужно считаться.

Излишний вес губительно отражается на здоровье человека, поэтому каждый, кто склонен к полноте, должен принять энергичные меры, чтобы избежать ее развития.

Причинами появления избыточного веса могут быть заболевания, отражающиеся на обмене веществ в организме, излишнее потребление высококалорийных продуктов, прежде всего содержащих большое количество углеводов, а также пассивный образ жизни, связанный с низкой двигательной активностью.

Если человек соблюдает режим питания, отдыха, проводит часть своего свободного времени в движении, связан-

ном либо с физической культурой, либо с какой-то другой нагрузкой (ходит в туристические походы, на охоту, за грибами, на рыбалку и т. д.), то есть в целом ведет здоровый образ жизни, то у него имеется больше возможностей, чтобы его организм был физически совершенным.

Многие хотят стать подтянутыми, гармонично физически развитыми, чтобы быть более активными как в трудовой деятельности, так и в проведении своего свободного времени. Но пока, как свидетельствует статистика, примерно каждый четвертый трудоспособный человек имеет избыточный вес. Это объясняется потреблением высококалорийной пищи, малой физической нагрузкой на механизированных, автоматизированных и полуавтоматизированных производствах, малоподвижным образом жизни.

Среди многих людей бытует мнение, что чем человек становится старше, тем ему вполне закономерно положено полнеть. Тем не менее физиологи, клиницисты и специалисты в области диетпитания научно обоснованно утверждают, что все нормально физически развитые люди набранный к 20—25 годам вес должны сохранять всю жизнь.

Поэтому каждому, желающему жить по санитарно-гигиеническим правилам, следует постоянно следить за своим весом (регулярно взвешиваться) и в случае отклонений от установившейся нормы постоянно регулировать его как питанием, так и различными физическими нагрузками, а также правильным режимом дня.

Тучные люди, конечно, должны освобождаться от излишнего веса, однако не сразу, не рывками, а постепенно и под наблюдением врачей. Что же касается начинающих полнеть, но здоровых, то им необходимо следить за тем, чтобы пища была не обильной, но разнообразной. При этом должен соблюдаться режим питания, строгое время приемов пищи — не менее 4—5 раз в день.

Кстати, рецепт, которым некоторые пользуются для похудения, есть меньше и реже — с точки зрения физиологии несет в себе противоречие. Чем реже человек принимает пищу, тем силь-

нее он испытывает чувство голода и при последующем приеме пищи съедает больше, чем ему нужно.

Поэтому есть нужно чаще, но немного. Особенно важно не переедать перед сном. Ужин должен быть менее обильным, чем завтрак и обед, и принимать его следует не менее чем за 1,5—2 часа до сна.

Современная наука о питании в целом дает рекомендации, которые связаны с потреблением продуктов в правильной пропорции. А пропорция эта сводится к тому, что белков необходимо употреблять около 14 % от всей пищи, принимаемой в течение суток, жиров — примерно 30 % и углеводов — остальные 56 %. Если грубо составить пропорцию, то примерно соотношение между белками, жирами и углеводами должно выражаться как 1:2:4, то есть жиров необходимо употреблять в 2 раза больше, чем белков, а углеводов — в 4 раза.

Иногда современные люди считают, что нужно себя ограничивать не только в количестве потребляемой пищи, но и исключить из питания те или иные продукты, считая их вредными. Однако с этим нельзя согласиться. Вредных продуктов не существует. То, что за свою длинную историю человечество признало продуктом питания, не может быть вредным.

Все продукты можно потреблять, и чем стол разнообразнее, тем лучше для организма, так как человек получит при этом больше различных веществ, в которых он нуждается. Но вопрос состоит в том, чтобы потреблять такое количество того или иного продукта, которое необходимо для организма.

Много разговоров ведется о вредности сахара. Сахар не может быть опасным для здоровья, так как это высококалорийный продукт, дающий при сгорании много энергии. Для здорового человека есть рациональная норма потребления этого продукта, которая для взрослого человека в зависимости от его роста, возраста и профессии составляет 45—48 килограммов в год. Больше его потребление может привести к отложению жира.

Но в небольших количествах сахар даже необходим для питания многих тканей и особенно такой чувствитель-

ной ткани, как головной мозг, которому требуется много энергии, особенно при умственной работе. Полезен он при утомлении. Съеденный кусочек сахара или выпитый стакан сладкого чая быстро снимает усталость.

Однако когда человек начинает полнеть, то прием сахара и других продуктов, богатых углеводами, таких, как хлеб, картофель, вся сдоба, конфеты, все мучные и крупяные продукты, а также жир и масло, необходимо ограничить. Одним словом, нужно потреблять столько, сколько следует. Недоедать для здоровья так же плохо, как и переедать. Терзать себя голодом, не имея для этого никаких оснований, так же опасно, как и переедать. Прибегать к голоду, как к лечебному средству, можно только под наблюдением врача и, как правило, в стационарных условиях.

Специалисты в области питания считают весьма полезными для людей с лишним весом разгрузочные дни. Научный сотрудник Института питания АМН СССР М. М. Гурвич писал по этому поводу: «Особенно рекомендую разгрузочные дни. Творожные, яблочные, огуречные, кефирные и даже мясные или рыбные. Кроме уменьшения веса, разгрузочный день хорошо влияет на нервную систему. Как правило, после него человек крепко спит, наутро он будет бодрым и с хорошим настроением. Кстати, если у вас работа, не требующая больших энергозатрат, разгрузки можно проводить не только в выходные, но и в будние дни».

Питание должно соответствовать энергозатратам в течение дня. Суточную калорийность следует распределять таким образом, чтобы на завтрак ее приходилось 25—30 %. Это вполне достаточно, чтобы обеспечить организм необходимой энергией на первую половину дня.

Если имеется возможность, желательно, чтобы в течение первой половины рабочего дня был второй завтрак. В таком случае должно быть принято пищи, калорийность которой составляла бы 10—15 % суточной. При этом следует помнить, что пища не должна приниматься в сухом виде. Обязательно нужно выпить чая, молока или сока.

Обычный обед должен состоять из

4 блюд — закуски, первого, второго и третьего и составлять 35—40 % суточной калорийности, или 1400—1500 больших калорий.

Ужин должен быть наименее калорийным и состоять из легко усвояемой пищи. При обычном распорядке дня будет нормальным, если его энергетическая ценность не превысит 20—25 % суточной калорийности.

Чтобы питание в большей степени отвечало нормальной жизнедеятельности организма, надо в рацион питания включать в необходимых пропорциях все виды продуктов. Желательно, чтобы человек в нужном количестве потреблял молочные продукты, мясные, рыбные, яйца, крупяные, хлебобулочные изделия, макароны, овощи, картофель, зелень, фрукты, сахар и жиры.

Естественно, что потребление продуктов желательно соразмерять с весом человека, его физической нагрузкой, степенью занятий физической культурой и спортом.

Человек со средней физической нагрузкой примерно требует 3000 больших калорий. Для того чтобы компенсировать энергозатраты, ему ежедневно следует потреблять 200—250 граммов мяса и рыбы, 0,5 литра различных молочных продуктов, 350—400 граммов хлебобулочных изделий, 40 граммов круп или макаронных изделий.

Из продуктов животного происхождения необходимо также потреблять в сутки до 30 граммов сливочного масла, 30 граммов творога, 15 граммов сметаны, 15—20 граммов сыра, одно яйцо через день. В рационе должны быть еще картофель (до 300 граммов) и овощи (250—300 граммов). Половину овощей лучше съедать в сыром виде. Если же ко всему этому добавить до 200 граммов фруктов, можно будет считать дневной рацион полноценным.

ГУБИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК

Каждое общество, которое ведет борьбу с употреблением алкогольных напитков, способствует оздоровлению своей нации. Поэтому можно сказать, что любые меры, направленные на

преодоление пьянства; на пропаганду трезвого образа жизни, имеют непосредственное отношение к здравоохранению.

Потребление алкоголя всегда опасно для здоровья. Как показывают статистические данные, и в нашей стране и в зарубежных странах смертность среди употребляющих алкоголь значительно выше, чем в среднем среди всего населения.

К сожалению, после второй мировой войны потребление алкоголя возросло повсеместно. По данным ВОЗ, только за период с 1960 по 1968 год потребление алкоголя возросло с 65 миллионов гектолитров до 85 миллионов.

В капиталистических странах потребление алкоголя является частным делом гражданина, рассматривается как индивидуализм в поведении.

В нашей стране, где здоровье каждого человека не безразлично обществу, борьба против пьянства и алкоголизма ведется повсеместно при широком использовании силы общественного воздействия, дисциплины труда и различных лечебных мероприятий.

По потреблению алкоголя на душу населения в той или иной стране можно судить о здоровье нации. Чем больше его потребляется, тем больше людей умирают раньше положенного срока. Умирают люди непосредственно от хронического отравления алкоголем, острой алкогольной интоксикации, несчастных случаев, перерождения печени, именуемого циррозом, от расстройств на почве пьянства функциональной деятельности сердечно-сосудистой системы и других болезней.

Ставшее крылатым выражение «Трезвость — норма жизни» имеет прямое отношение к проблеме долголетия. Поэтому повсеместно создаваемые общества борьбы за трезвость призваны выполнять одну из гуманных задач — ограждать население от губительного последствия употребления спиртных напитков, разрушающих здоровье. Отрезвление труда и быта проводится в интересах самого народа, ради укрепления его здоровья, продления жизни каждого человека.

Алкоголь не безобиден для одной из самых важных систем человеческого

организма — центральной нервной системы. Исследователи американского медицинского центра университета Небраски установили, что мозг хронических алкоголиков весит меньше, чем мозг здоровых людей. Уже в молодом возрасте у алкоголиков начинается постепенное разрушение левого полушария мозга, что ведет вначале к психической, а затем и к физической деградации личности. Таким людям рассчитывать на долголетие не приходится.

Пьянство вредит здоровью не только взрослого человека, но и будущему ребенку, находящемуся в утробе пьяной матери.

Медицинской наукой давно уже доказано, что пьянство и алкоголизм женщин детородного возраста оказывают повреждающее действие на зародыш и плод. Особенно это опасно, если женщина продолжает употреблять алкоголь во время беременности.

Алкоголь прежде всего поражает генный (наследственный) аппарат. В хромосомах яйцеклеток происходят серьезные изменения за счет мутагенной активности алкоголя и нарушения гормональных функций пьющей женщины.

Наблюдениями ученых установлено, что у женщин, злоупотребляющих спиртными напитками, уровень гинекологических заболеваний выше в 2,5 раза, первичное бесплодие — в 1,5 раза, чаще вторичное бесплодие — в 5,5 раза, внематочная беременность — в 2 раза, аборт в 2,5 раза, чаще чем у женщин, ведущих трезвый образ жизни. Все это прямо отражается на здоровье будущих поколений.

Особенно опасны для потомства так называемые семейные формы алкоголизма, когда алкоголем злоупотребляют муж и жена. Есть также данные, что в семьях, где особенно злоупотребляют алкоголем, каждый пятый родившийся ребенок отстает в своем физическом развитии, а каждый 13-й имеет пороки, полученные еще в эмбриональном развитии, умственное недоразвитие и судорожные припадки отмечаются примерно у половины родившихся в неблагополучных семьях.

Человек, который в молодости злоупотребляет алкогольными напитками, обрекает себя на беспомощность перед

болезнями в старости. И дело тут не только в том, что спиртные напитки снижают иммунитет к болезням и способствуют развитию сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

В настоящее время учеными точно установлено, что алкоголь не совместим с лекарствами. Ведь известно, что пожилым людям лекарства врачи назначают в меньших дозах, чтобы уменьшить их токсическое влияние на организм. А алкоголь, оказываясь, увеличивает токсичность лекарств.

В последнее время ученые-медики и врачи-практики накопили множество данных о неблагоприятном влиянии алкоголя не только на организм человека, но и на лекарственные средства, снижая и извращая их терапевтическое воздействие.

Алкоголь и продукты его обмена при попадании в организм человека влияют на многие биохимические и физиологические процессы во всех органах. При злоупотреблении спиртными напитками, острой и хронической интоксикации алкоголем изменяются проницаемость и функция клеточных и субклеточных мембран, активность многих ферментов, что отрицательно сказывается на чувствительности и реактивности, адаптации и иммунитете организма. Все эти сдвиги сказываются и на повышении токсичности лекарственных средств. В результате может возникнуть фармакологическая несовместимость, лекарственная зависимость, аллергия.

Нередко определяющее значение в реакции организма на комбинированное действие лечебных препаратов и алкоголя имеют длительность предшествовавшего злоупотребления алкогольными напитками и степень нарушения вследствие этого биохимических и биофизических процессов в тканях.

Алкоголь влияет на всасывание в желудке и кишечнике растворимых в них лекарств. Под воздействием алкоголя, когда концентрация его в желудке превышает 10 %, может задерживаться всасывание некоторых лекарств вследствие спазма привратника. Это приводит к длительной задержке лекарственных средств в желудке, где всасывание их ограничено. Кроме того, возникающее в такой ситуации воспаление сли-

зистой оболочки желудка и кишечника отрицательно сказывается на всасывании лекарств в кровь.

Алкоголь замедляет обезвреживание лекарств и токсических веществ в печени. Это приводит к замедлению их обезвреживания и увеличению концентрации лекарственных и токсических веществ в крови и тканях. В результате действие лекарств может нарушиться, а токсичность усилиться и удлиниться.

Трагедия алкоголизма заключается не только в том, что пьяницы часто и дольше болеют, но и в том, что они сокращают себе и своим детям жизнь.

Данные врачебных наблюдений свидетельствуют о том, что среди увлекающихся алкоголем до 60 % умирают намного раньше людей непьющих и в самом цветущем, творческом и производительном возрасте — до 50 лет. Уровень заболеваемости у алкоголиков на 20 % выше, чем у всего населения.

Вот почему девизом советских людей является «Трезвость — это норма жизни». Можно добавить, что трезвость — это путь к активному долголетию.

Большой вред здоровью наносит табакокурение. И чем раньше человек начинает курить, тем больше он вредит своему здоровью.

Курение нередко является причиной хронического гастрита с повышенной секрецией и кислотностью. Длительное курение ведет к резкому снижению кислотности, в результате чего возникает хронический гастрит, гепатит и холецистит.

Курение опасно тем, что может стать фактором, способствующим развитию рака легкого, пищевода, полости рта. Все это отражается на состоянии здоровья и ведет к ограничению жизни человека, сокращает путь к долголетию.

Показатель смертности у курящих выше, чем среди некурящих, чему способствуют приобретенные в результате воздействия никотина заболевания, такие, как хронические пневмонии, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, стенокардия, атеросклероз.

Курение опасно не только непосред-

ственно для самих курящих, но и для окружающих. Известно, что в табачном дыме содержится до 6000 различных химических веществ, значительная часть которых попадает не в организм курящего человека, а в воздух. Все окружающие курильщика люди волей-неволей превращаются в пассивных курильщиков. Есть убедительные наблюдения и исследования, которые свидетельствуют о том, что пассивное курение не менее опасно, чем непосредственное курение. И объясняется это тем, что все вредные химические вещества, попавшие в воздух с табачным дымом, вдыхаются и некурящими людьми. От пагубного воздействия не застрахован никто — ни взрослые, ни дети.

Вот почему в нашей стране ведется активная борьба с курением. Оно официально запрещено на всех видах транспорта, в театрах, кинотеатрах, самолетах, залах ресторанов и кафе, в медицинских учреждениях, во многих общественных учреждениях. Но нужно, чтобы противников курения было еще больше. Необходимо добиться того, чтобы общественность активнее воздействовала на курящих.

ФИЗКУЛЬТУРА — ЗАЛОГ ДОЛГОЛЕТИЯ

Еще в Древней Греции люди понимали значимость гимнастики для здоровья человека. Однако современное понимание гимнастики имеет несколько иной смысл. Ее принципы сложились относительно недавно — в начале XX века.

Это был период, когда людям на работе приходилось затрачивать много мышечной энергии. Тот, кто занимался гимнастикой, легче адаптировался к физическим нагрузкам на производстве.

Шло время, и за годы нашего столетия в значительной степени изменился характер труда. Физический труд по мере внедрения в производственный процесс машин стал отступать, а это вело к понижению нагрузки на мышечную систему.

Научно-технический прогресс, связанный с внедрением в производство автоматов и полуавтоматов, поточных

линий и роботов, в значительной степени сократил физический труд. Человек стал как бы носителем излишней энергии и в обыденной жизни, и на работе. С другой стороны, возросла эмоциональная нагрузка.

Таким образом, в течение лишь XX века коренным образом изменилась нагрузка на человека. Она переместилась с мышечной системы на мозг и сердечно-сосудистую систему. Для того чтобы сохранить выработанную веками физическую нагрузку на организм, человек пытается компенсировать утраченную необходимость физически трудиться различными формами движения, в том числе медленным бегом, ходьбой, плаванием, катанием на лыжах, коньках, велосипеде, а также гимнастикой.

И если в начале нашего века гимнастика нужна была для более легкой приспособляемости к тяжелому физическому труду, то теперь для того, чтобы сохранить какую-то физическую нагрузку на мышечную систему и тем самым создать такие условия для существования организма, которые сложились в процессе длительного исторического развития человека.

Ценность гимнастики заключается в том, что она, более чем какой-либо другой вид спорта, может быть использована для целенаправленного воздействия на определенную группу мышц. Если человек, например, на работе основную свою физическую нагрузку сосредоточивает на мышцах рук и плечевого пояса и явно в недостаточной степени получает нагрузку на мышцы ног (рабочие на конвейерах, автоматических и полуавтоматических станках, в часовой промышленности, большую часть времени сидящие у столов, шоферы и др.), то ему следует в домашних условиях избрать такой комплекс гимнастических упражнений, который основную свою нагрузку концентрировал бы на мышцах ног.

И наоборот, если человек в течение дня много ходит и имеет недостаточную нагрузку на мышцы рук и плечевого пояса (рабочие текстильных предприятий, обслуживающие одновременно десятки станков, обходчики железнодорожных путей и др.), то ему в допол-

нение нужен такой комплекс гимнастических упражнений, который бы основную нагрузку давал на мышцы рук и плечевого пояса.

В течение дня разносторонняя нагрузка должна распределяться на все мышцы и на весь организм в целом. Такие упражнения полезны не только утром до работы в виде утренней зарядки, дающей оптимистический настрой на весь день, или после работы в свободное время, но и в перерывах во время рабочего дня в виде производственной гимнастики. Это способствует отдыху уставших мышц, так как такая гимнастика помогает переключению нагрузок, разрядке усталости.

Человек, постоянно регулирующий физическую нагрузку на свой организм, имеет неоспоримые преимущества перед тем, кто не обращает на это никакого внимания. У первого более ритмично работают все органы и системы, он менее подвержен различным заболеваниям, в том числе и простудным. Это находит и свою прямую связь с его физическим развитием, так как он более подтянут, имеет хорошую осанку, лучше владеет своим телом, энергично и без усталости передвигается.

Люди, регулярно занимающиеся гимнастикой, реже страдают заболеваниями опорно-двигательного аппарата и позвоночника. Тот, кто подвержен гиподинамией, обречен не только на слабость мышц, на дисфункцию сердечно-сосудистой системы, но и на патологические изменения в суставах, связках. Они носители таких заболеваний, как артрит, артроз, остеохондроз.

Лучшим профилактическим средством против этих сковывающих организм заболеваний являются гимнастические упражнения, дающие достаточную нагрузку на весь мышечный и костно-суставной аппарат.

Чем раньше в своей жизни человек начнет заниматься гимнастикой и чем дольше не будет с нею разлучаться, тем на более длительный период он сохранит подвижность в суставах, которая в силу физиологических изменений по мере старения организма неуклонно уменьшается. Гимнастика может замедлить этот процесс.

В различных научно-исследовательских институтах проведено немало экспериментов, которые свидетельствуют, что тренированный человек обладает большей, чем нетренированный, жизнеспособностью. Это же положение подтверждено опытами на животных.

В одной из зарубежных лабораторий около 200 животных усиленно тренировали, давая им большую физическую нагрузку. Тренировки были длительными. Затем их заразили смертельной дозой туберкулезной инфекции. Одновременно заразили нетренированных животных. И если первые остались живы, то вторые погибли.

Имеются также данные, что у тренированных животных реже возникают онкологические заболевания.

Установлено, что длительная гипокинезия, то есть значительное ограничение мышечной активности, ведет к резкому ухудшению работоспособности организма, к постепенному снижению его реактивности. Особенно страдает сердечно-сосудистая система. Эксперименты на животных и наблюдения в клиниках показывают изменения в этой системе. Изменения происходят в микроциркуляции, причем в начале тонкие, малозаметные, но по мере продления гипокинезии более масштабные и в тех частях организма, в которых наиболее активно идет обмен продуктов метаболизма (распада), где ткани очищаются от них. Изменения микроциркуляции ученые обнаруживают не только в мышцах, но и в сердце, желудке, в кожном покрове и в других органах и тканях.

При гипокинезии отмечаются определенные изменения кислородного режима тканей. Эксперименты показали, что длительная гипокинезия вызывает замедления продвижения кислорода по тканям. Тщательное изучение указанного процесса показало, что в мышцах в таком случае могут возникать участки, где постоянно понижено содержание кислорода, то есть гипоксия. Если учесть, что при этом снижается окислительный процесс, то становится очевидным вся пагубность гипокинезии.

Длительная гипокинезия влечет за собой серьезные изменения в костях человека. Дело в том, что уменьшение на-

грузки на опорно-двигательный аппарат ведет к изменениям обмена веществ в костной ткани, что в свою очередь отражается на структуре скелета.

Известно, что есть люди, любящие побольше поспать, почаще побыть в горизонтальном положении, не отдавая себе отчета в том, что это ведет к иному распределению жидкости в организме по сравнению с обычным его состоянием. Кровь, например, в таком случае перемещается в центральные сосуды, в результате чего ухудшается питание кислородом многих периферийных органов и тканей. Это же ведет и к нарушению метаболических процессов. При этом рефлекторно происходят изменения в водно-солевом обмене.

Гипокинезия влияет также на электролитное и водное состояние тканей и органов.

Все это свидетельствует о том, что длительная и резко выраженная гипокинезия может вызвать детренированность не только отдельных органов и тканей, но и организма в целом, что способно привести к патологическому состоянию. Гипокинезия, в частности, является причиной патологии сердечно-сосудистой системы.

Особенно это опасно, когда человек уже болен атеросклерозом. Гипокинезия в таком случае может усугубить его состояние. Дело в том, что она вызывает повышение концентрации кальция в крови, который способен откладываться на стенках сосудов, суживая их просвет. А в сужившихся сосудах могут образовываться тромбы, представляющие большую опасность для сердечно-сосудистой системы.

Ко всему этому следует добавить и то, что гипокинезия ведет к изменению общей реактивности организма.

Следовательно, человек должен постоянно, кроме времени сна, находиться в активном состоянии, в том числе и отдыхая после работы.

Кроме активного отдыха, иногда говорят о необходимости пассивного. Такой отдых рекомендуется после тяжелого напряженного физического труда, когда усталость настолько велика, что человеку требуется неподвижный покой.

Важное значение в восстановлении израсходованных сил и в предупрежде-

нии хронического утомления имеет правильно организованный отдых. Только при таком условии можно сохранять высокую трудоспособность и не нанести ущерб своему здоровью.

Следует учитывать, что отдых, как и труд, требует своей организации. Если следовать научному обоснованию, сделанному еще И. П. Павловым, то главный принцип отдыха заключается в переключении с одного вида деятельности на другой. Это следует понимать так — если ты занят на работе физическим трудом, то после работы отдых желательно проводить за письменным столом, и наоборот. Люди умственного труда должны после рабочего дня давать отдых мозгу и стараться физическими упражнениями или физическим трудом нагрузить опорно-мышечную систему.

Во многих городах в поликлиниках и во врачебно-физкультурных диспансерах для пожилых людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, специалистами лечебной физкультуры (ЛФК) создаются специальные группы. Начинаются занятия с общеукрепляющей гимнастики, с легкой нагрузки, рассчитанной в основном на улучшение координации движений, а в дальнейшем физические нагрузки постепенно увеличиваются. Задача занятий сводится к тому, чтобы достичь максимального эффекта, то есть добиться такого уровня физической подготовленности, который способствовал бы нормальному функционированию всех органов и систем организма.

Многие больные после такого курса лечения переходят в группу здоровья, начинают выполнять более напряженные физические нагрузки и ведут здоровый, продуктивный образ жизни.

В Советском Союзе нет, пожалуй, города, где молодые и старые не занимались бы в группах здоровья. Есть такие группы и в нашей столице. Так, вечером в спортивном городке парка «Измайлово» можно встретить людей разных возрастов. Все они занимаются в группе здоровья, руководит которой старший преподаватель физвоспитания Медицинского стоматологического института имени Н. А. Семашко Ф. Мальберг. Каждому члену группы он состав-



Рис. 5. Занятия группы здоровья в московском парке «Измайлово»

вил индивидуальную программу, разработал систему физических упражнений, цель которых — оздоровление организма, лечебная профилактика.

Большинство упражнений проводится на свежем воздухе с использованием гимнастических палок, мячей, скакалок. Занимающиеся получают теоретические основы по различным вопросам оздоровления: методике закаливания, самомассажу и массажу (рис. 5).

Не отстает от Москвы город Ленина. У ленинградцев популярно одно из старейших спортивных сооружений города — стадион имени В. И. Ленина. И не только потому, что здесь можно посмотреть соревнования по разным видам спорта.

В Украинской ССР Новая Каховка по праву считается одним из самых спортивных городов. Из 70 тысяч жителей каждый второй регулярно занимается

физкультурой и спортом в различных спортивных секциях, группах здоровья. В каждом жилом квартале есть свой спортивный комплекс. Более 100 инструкторов, учителей физкультуры и тренеров на общественных началах руководят работой спортивных секций и групп здоровья (рис. 6).

Новая Каховка имеет хорошую спортивную базу — несколько спортзалов, стадион «Энергия», спортивный комплекс «Динамо», водную станцию. Недавно был построен спортивный зал «Олимпийские надежды» для юных физкультурников города, здесь тренируются волейболисты, боксеры, гимнасты, велосипедисты и теннисисты.

Каждый вторник в городе отмечается день здоровья. В этот день в микрорайонах соревнуются на звание лучшей спортивной семьи, проводятся различ-



Рис. 6. Группа здоровья г. Новая Каховка Украинской ССР на тренировке

ные спортивно-художественные праздники.

Массовость спорта — залог того, что в стране постоянно будет увеличиваться количество занимающихся в группах здоровья, в том числе и тех, возраст которых приближается к 100-летию.

Физкультура для людей пожилого возраста не является чем-то противоестественным. Напротив, исследования физиологов и наблюдения многих врачей свидетельствуют о том, что занятия физкультурой не только в молодом, но и в пенсионном возрасте позволяют решать проблему сохранения силы и здоровья до самых преклонных лет.

Имеется немало случаев, когда люди, систематически занимавшиеся физкультурой и спортом и оставившие их, не успев переступить порог пенсионного возраста, начинают страдать недугами пожилых людей. Это свидетельствует о том, что физкультура и спорт не создают такой капитал, с которого можно стричь купоны и после прекращения

активной деятельности, после забвения физкультуры. Данное обстоятельство объясняется тем, что старение — не просто процесс постепенного увядания организма.

Процесс старения от всей предшествующей жизни отличается прежде всего более слабыми адаптационными (приспособительными) способностями человека к внешней среде, к ее различным раздражителям. Для лучшей компенсации своих ограниченных приспособительных способностей как раз и необходима физкультура.

Физкультура позволяет людям и в пожилом возрасте совершенствовать координацию движений, сохранять гибкость, силу и эластичность мышц. В целом у человека в таком случае улучшается обмен веществ, более ритмично работают важнейшие системы организма — сердечно-сосудистая и дыхательная, которые подвержены наибольшему изменению.

Физкультура прибавляет человеку

уверенности в своих силах, являясь вместе с тем важным стимулом к активной трудовой жизни. Такое состояние несет людям радость, хотя в старые времена и сложилась поговорка «старость — не радость».

Во время рабочего дня некоторые работники, чувствуя физическую усталость, стараются сделать перекур. Приходя в курилку, они насыщаются не только никотином от своей сигареты, но и вредными химическими веществами, находящимися в загрязненном курильщиками воздухе. Вернувшись после перекура к своему рабочему месту, курильщик не чувствует прилива новых сил, так как вместо отдыха он насытил свой организм угнетающе действующими веществами.

Люди, продолжительное время организующие таким образом свой отдых во время работы, более быстро изнашиваются в сравнении с теми, кто ведет здоровый образ жизни. Для истинного, физиологически обоснованного отдыха, позволяющего снять усталость, есть более простой способ — сделать производственную гимнастику.

В настоящее время специалистами разработаны научно обоснованные комплексы упражнений для многих категорий рабочих, в том числе работающих на различных станках. Занятия такими упражнениями позволяют людям физического труда в течение всего рабочего времени сохранять высокую трудоспособность, не испытывая при этом особой усталости.

Ценность такой гимнастики значительно возрастает, если она проводится перед работой. В конце первой половины рабочего дня она становится средством, способствующим снятию усталости, а перед последними часами работы позволяет сохранять работоспособность с высокой производительностью до конца рабочего дня.

Гимнастика перед работой помогает подготовить мышечный аппарат к тем движениям, с которых начинается рабочий день. Гимнастика в перерыве должна быть принципиально иной — нужно дать отдохнуть тем мышцам, которые участвовали в работе, сделав нагрузку на мышечные группы, не функционировавшие во время работы. Иначе

говоря, требуется, чтобы действовал принцип переключения деятельности.

Недаром еще древнегреческий мудрец Сократ заметил: «Я хочу при помощи гимнастики всего тела сделать его более уравновешенным».

Известный академик АМН СССР Г. Н. Сперанский, проживший почти 100 лет (1873—1967), большое внимание уделял занятиям физической культуры. Она приносила ему постоянный заряд бодрости и позволяла активно заниматься не только врачебной, но и творческой деятельностью.

Выступая в газете «Советский спорт», он писал: «Каждый мой день начинается с зарядки. Вот уже девяносто один год. Это стало моей потребностью. Я понял: когда человек просыпается утром и начинает одеваться, он даже не подозревает, что его организм еще... спит. Как же пробудить его? Только утренняя гимнастика даст нашему организму настоящую свободу. Во время упражнений мышцы начинают работать, и органы чувств, заложенные в них, посылают огромное количество сигналов в миллиарды клеток мозга. Этот поток, нарастая с каждой секундой, будит мозг. Наконец наступает момент, когда все клетки звучат не вразнобой, а слаженно...»

Г. Н. Сперанский считал, что его долгая жизнь, наполненная активной трудовой и научной деятельностью, без единой серьезной болезни объясняется тем, что он владел лишь одним секретом — у него было «тайное оружие» против всех недугов — это физкультура. Спорт и физкультура вошли в его жизнь рано — с 5 лет. Катание на коньках, бег на лыжах, игра в городки и бабки, теннис, велосипед стали частью его жизни.

В 95-летнем возрасте он отмечал, что хотя работоспособность его несколько понизилась, тем не менее у него «...хватает мужества работать по-прежнему самозабвенно и с полной отдачей».

Г. Н. Сперанский не относил себя к людям исключительной трудоспособности и считал, что каждый человек обязан принимать меры к обеспечению своего долголетия, думать о том, чтобы и в старости сохранить бодрость, хоро-

шее настроение и спортивную выправку.

Он, став долгожителем, утверждал, что долголетие само собой не приходит к человеку. За него нужно бороться и лучше всего с первых лет жизни. Но это не значит, что к долголетию не следует стремиться в любом другом периоде жизни.

Однако девизом, считал Г. Н. Сперанский, должен оставаться призыв беречь здоровье смолоду, не допуская его разрушения. Физкультура в этом отношении является важным условием в укреплении здоровья. Она должна быть связана с поступательным движением, с возрастанием нагрузок.

Раздражитель, подчеркивал академик АМН СССР Г. Н. Сперанский, перестает действовать, если он не увеличивается по своей силе. Дело в том, что если постоянно будет одна и та же нагрузка, в том числе и физическая, то организм человека к ней привыкнет и она в дальнейшем станет тормозом к развитию.

Благодаря физкультуре, пришел к выводу 95-летний Герой Социалистического Труда Г. Н. Сперанский, он чувствовал себя в этом возрасте как 40-летний, не ощущая старости, по-прежнему оставаясь в строю, созидая и принося посильную помощь людям.

Подобно физкультуре, благотворно действует на организм человека туризм. Он прямо связан со здоровым образом жизни и является важным условием в формировании физически развитых, выносливых людей. Учитывая эти обстоятельства, туризм в Советском Союзе превратился в мощную государственную отрасль по организации отдыха советский людей. О масштабах развития туризма в нашей стране свидетельствуют такие цифры: в 1985 году 37,5 миллиона туристов и 204,5 миллиона экскурсантов использовали возможность походить по туристским тропам. На это государство израсходовало около 2 миллиардов рублей.

Такое щедрое финансирование объясняется тем, что люди, отправляясь в поход, закаляют свой организм, укрепляют свое здоровье, находясь все свое свободное время на свежем воздухе, насыщенном кислородом. За время своего отдыха они не только приобретают бод-

рость духа и тела, но и накапливают энергию, что позволяет после туристических походов более производительнее трудиться.

Учитывая важность этого вида отдыха, его высокую эффективность, Советским правительством намечается широкая программа по развитию туристских баз и туризма. Это объясняется тем, что туризм доступен, по сути дела, всем людям — от детей младшего возраста, которых активные родители берут с собой в поход, и до пожилых людей, удлиняющих благодаря туризму свой жизненный путь.

Поэтому в нашей стране к 2000 году намечается значительно увеличить объем туристских услуг. За эти годы появится новая сеть гостиниц, туристских баз, кемпингов, канатных дорог, столовых, кафе. Но главным образом появятся новые туристские маршруты, особенно в Сибири и на Дальнем Востоке, где имеются неограниченные возможности для увлекательных путешествий.

Сам по себе туризм неразрывно связан с физической культурой.

Связь туризма с физкультурой выражается не только в том, что туристы активно двигаются во время переходов. На многих туристских базах созданы большие возможности для занятий различными физическими упражнениями. Люди могут плавать, кататься на лыжах и санях, играть в теннис и заниматься многими другими видами спорта. Постоянная физическая нагрузка во время отдыха помогает многим людям укрепить здоровье не в меньшей степени, чем пребывание в санатории или в доме отдыха.

В целях дальнейшего привлечения людей к туризму в последние годы все шире открываются двери многих туристских баз для родителей с детьми. В недалеком будущем более половины всех мест в гостиницах, кемпингах и на туристских базах будет отдаваться семейным туристам. Это создаст возможность в выходные дни и во время отпусков еще большему количеству людей заниматься совершенствованием своих физических данных, которые способствуют укреплению здоровья и продлению жизни человека.

Вместе с организованным туризмом еще шире будет развиваться самодеятельный туризм. Он открывает значительные возможности перед людьми и прежде всего перед молодежью. В 1985 году в коллективах физкультуры было 85 тысяч секций по туризму.

Только в Москве уже разработано почти 900 туристских маршрутов. Отсюда на поездах, самолетах, теплоходах, автобусах москвичи практически могут попасть в любую точку нашей необъятной страны. Походы осуществляются как во время отпуска, так и в выходные дни. Выходные дни особенно широко используются людьми с рюкзаками, то есть самостоятельными туристами.

В двенадцатой пятилетке самодеятельный туризм продолжает будоражить сердца людей и манить своей романтикой. Этому увлечению подвластны, как показывает практика, люди всех возрастов. В течение одного лишь года в последнее время около 0,5 миллиона москвичей участвуют в краткосрочных походах.

Учитывая важность туризма в оздоровлении народа, в СССР проводится большая работа по расширению туристских баз. В этих целях создано 884 туристских клуба, члены которых могут воспользоваться самыми различными по

своему содержанию и направленности 22 тысячами маршрутов.

ЛИТЕРАТУРА

- Давыдовский И. В. Геронтология.— М.: 1966.
- Давыдовский И. В. Что значит стареть? — М.: 1967.
- Западнюк В. И., Безверхая И. С. Ученые мира о старении и долголетию.— М.: 1974.
- Иммунология и старение.— М.: 1980.
- Консультативный комитет Всемирной ассамблеи по проблемам старения: Проект международного плана действий. 1982.
- Левин А. Л. Хотя старость еще далеко.— М.: 1969.
- Лэмб М. Биология старения.— М.: 1980.
- Охрана здоровья людей пожилого возраста: Европейский национальный комитет. 27-я сессия.— Мюнхен: 1977.
- Планирование и организация гериатрических служб / ВОЗ.— Женева: 1977.
- Равкин Б. М. Активная старость.— М.: 1973.
- Россет Э. Продолжительность жизни и состояние здоровья населения // Здравоохран. Рос. Федерации.— 1981.— № 3.— С. 41—46.
- Супян В. Б. Рекорды безработицы // США: экономика, политика, идеология.— 1983.— № 3.— С. 74—78.
- Фролькис В. В. Старение и биологические возможности организма.— М.: 1975.
- Хроника ВОЗ. Полноценная жизнь в старости // Всемирный день здоровья в 1982 г.— 1982.— Т. 36.— № 3.— С. 129—133.
- Чеботарев Д. Ф. Демографическое постарение и проблемы здравоохранения // Сов. здравоохран.— 1983.— № 6.— С. 12—16.

Научно-популярное издание

Семен Яковлевич ЧИКИН
ПУТЬ К ДОЛГОЛЕТИЮ

Главный отраслевой редактор А. Нелюбов
Редактор Б. Самарин
Мл. редактор Л. Щербакова
Художник А. Астрецов
Худож. редактор М. Гусева
Техн. редактор А. Красавина
Корректор С. Ткаченко
ИБ № 7676

Сдано в набор 02.10.86. Подписано к печати 01.10.86. А 04388.
Формат бумаги, 70×100¹/₁₆. Бумага тип. № 3. Гарнитура
литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,12.
Уч.-изд. л. 4,57. Тираж 1 306 055 экз. Заказ 2540. Цена 15 коп.
Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд
Серова, д. 4. Индекс заказа 866312

Ордена Трудового Красного Знамени
Чеховский полиграфический комбинат ВО «Союзполиграфпром»
Государственного комитета СССР
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
142300, г. Чехов Московской области

15 кл.

Индекс 70063



Чикин Семен Яковлевич — доктор медицинских наук, кандидат философских наук, заслуженный врач РСФСР. Он является известным ученым в области социальной гигиены и организации здравоохранения. Его перу принадлежит более 400 научных работ. С. Я. Чикин принимает активное участие в пропаганде медицинских знаний. Он является заместителем председателя секции пропаганды медицинских знаний при Правлении Всесоюзного общества «Знание».

НАРОДНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ

ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ
3-88

НАРОДНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ



ТЕМА ВЫПУСКА

Между
здоровьем и болезнью



НАРОДНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

3-88

В. А. Адо
Б. М. Голиков
Н. Г. Филиппенко
Н. С. Архипов

**АЛЛЕРГИЯ:
СТО ВОПРОСОВ
И ОТВЕТОВ**

В РУБРИКАХ ВЫПУСКА ЧИТАЙТЕ:

- о «границах» между здоровьем и болезнью;
 - о некоторых явлениях иммунной защиты организма;
 - о том, как вести дневник для выявления пищевого аллергена;
 - о том, как сделать свою фигуру изящной;
 - о двух гипотезах по поводу сцен врачевания на скифском сосуде, воспроизведенных на нашей обложке;
- на ваш вопрос, как правильно пользоваться точечным массажем при аллергии и аллергических заболеваниях, отвечает кандидат медицинских наук П. Соколов.

Издательство «Знание»
Москва 1988

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

Между здоровьем и болезнью (3)

О наших авторах (4)

Стратегия профилактики (часть I)

В. АДО, Б. ГОЛИКОВ, Н. ФИЛИППЕНКО,
Н. АРХИПОВ

Аллергия: сто вопросов и ответов (5)

Красота и здоровье: изящная фигура

Включите в свой гимнастический комплекс! (24)

Энциклопедия здоровья

Явления иммунной защиты (26)

Стратегия профилактики (часть II)

Аллергия: сто вопросов и ответов (продолжение) (27)

Читателю на заметку

Как вести пищевой дневник (40)

Отвечаем на ваши письма

П. СОКОЛОВ. Освоим микромассаж (41)

На нашей обложке

М. ТРЕЙСТЕР. Загадка сцен врачевания (46)

Редактор В. АЛГУЛЬЯН

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

Комментарий к теме выпуска, отражающий точку зрения редакции, ведет доктор медицинских наук Виктор Тимофеевич БАХУР

МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ И БОЛЕЗНЬЮ

Здоровье и болезнь... Диаметрально противоположность этих двух состояний организма, кажется, не требует доказательств: понятия «болезнь» и «здоровье» целиком определяют возможности активной жизнедеятельности человека, его трудоспособность, благополучие. Но верно ли, что существуют лишь два этих своеобразных полюса жизни, а между ними нет ничего промежуточного, того, что еще не болезнь, но уже и не здоровье?

Казалось бы, третьего не дано. Однако факты свидетельствуют, что ныне в экономически развитых странах все большее число людей, не будучи больными, постоянно ощущают различные недомогания, жалуются на свою плохую жизнеспособность, утомляемость, непереносимость тех или иных факторов окружающей среды. Среди пациентов ширится контингент «мнимых» больных, испытывающих самые различные телесные страдания. Многие из таких «проблемных» больных в поисках диагноза своей болезни оказываются как бы заблудившимися среди самых различных специалистов. Тогда и выясняется, что чаще всего речь идет о состояниях организма «на грани» между здоровьем и болезнью.

Взгляд, согласно которому человек может быть только либо здоровым, либо больным, издавна представлялся медикам практически несостоятельным. С развитием науки градация выявляемых состояний организма, патологических процессов и явлений становится все более широкой: одни из них оказываются как бы ближе к состоянию здоровья, другие — к болезни. Теперь известно, что конституциональные особенности организма каждого индивидуума (в частности, эндокринные, биохимические, психические), представляющие собой различные варианты отклонений от нормы, не будучи патологическими, тем не менее сказываются на подверженности человека тем или иным заболеваниям.

Можно вспомнить, что еще Гиппократ, объединявший ряд таких конституциональных особенностей людей в типологические группы, подразумевал их «неравноценность» именно в этом отношении — возможности противостояния тем или иным внешним воздействиям. Имелись в виду различия в предрасположенности к определенным заболева-

ниям у людей. В наше время ученые-медики и практические врачи обладают неизмеримо большими знаниями, огромными возможностями проникновения в тайны организма, но проблема сама по себе сложнейшая.

В области психиатрии, в частности, все большее внимание исследователей привлекают так называемые пограничные состояния (между истинными психозами и вариантами психической нормы), понятие о которых в медицине начало складываться давно. К таким болезненным состояниям относят, например, психопатии, которые представляют собой совокупность стойких врожденных особенностей склада личности. В основе их лежит дисгармония психических процессов (неуравновешенность, неустойчивость). Понятно, что это уже не здоровье, но и не болезнь в привычном понимании (как явление, имеющее начало, развитие и конец). На протяжении всей жизни такие стойкие состояния психической сферы человека могут быть чреватые и срывами под влиянием неблагоприятных внешних воздействий, и неадекватными реакциями.

В последние годы появилось понятие об акцентуированных личностях — таких крайних вариантах нормы в психической сфере человека, от которых, кажется, подчас лишь один шаг до болезненных изменений, относящихся к психическим болезням. Речь идет об акцентированности одной или нескольких черт характера — чрезмерной выраженности (гипертрофированности) их у такой личности. Акцентуация — не болезнь, а лишь некий, присущий данному человеку психический «базис», который тем не менее может оказаться в основе и болезненных отклонений от нормы (неврозов, реактивных психозов). Ученый из ГДР К. Леонгард, предложивший в 1968 году термин «акцентуированная личность», полагал, что явление это характерно для многих людей, такие лица составляют более половины населения земного шара.

Итак, пограничные между здоровьем и болезнью состояния зависят от внутренних факторов организма, включая наследственность. В то же время развитие таких особых состояний может иметь и приобретенный характер, вызываться воздействием факторов внешних. Подобные перестройки, возникающие в организме, прежде всего обнаруживают его предрасположенность к поражению теми или иными болезнями. Исключительное значение внешние факторы приобрели в наше время, когда слишком уж часто и в весьма значительной мере стал испытывать человек неблагоприятные воздействия в результате экологических изменений, нарастания темпов и напряженности жизни,

изменений в питании, чрезмерной «химизации» в хозяйстве и в быту.

Достаточно было бы сослаться на небывалый расцвет так называемых болезней на нервной «почве» (психосоматических), в том числе гипертонии, инфаркта миокарда, язвенной болезни желудка и др. Важно то, что при длительном воздействии неблагоприятных факторов извне, наступающие в регуляторных механизмах организма перестройки если и не являются патологическими с самого начала, то в конце концов могут стать таковыми. Вот почему в последнее время получает такое распространение понятие «предболезнь», означающее неустойчивость состояния организма именно на грани здоровья и болезни, когда оно угрожает перейти в заболевание, будучи еще способным к оздоровлению (санации) во многих случаях.

Это можно представить себе на примере инкубационного периода в развитии инфекционного заболевания, в частности гриппа. Речь идет о промежутке времени от момента заражения вирусом до развития болезни, во время которого происходит скрытая борьба организма с инфекцией, когда мобилизуются защитные механизмы. Чисто внешне в период инкубации все может обстоять вполне благополучно — человек ведет обычный образ жизни, работает, но от того, чем закончится эта борьба, зависит, наступит ли полная санация (оздоровление) организма или разовьется болезнь.

Следует подчеркнуть, что во всех случаях внешние факторы обнаруживают свое воздействие на организм через внутренние, тесно связанные с врожденными его особенностями. Состояние регуляторных систем организма (эндокринной, нервной и др.) определяет характер происходящих сдвигов в ту или иную сторону — оздоровления (санации) или болезни. Особенно ярко такое взаимодействие внешних и внутренних факторов проявляется на грани здоровья и болезни при аллергии — развитии у человека повышенной чувствительности к воздействию самых различных агентов внешней среды. Аллергия — это именно особое состояние, а не конкретная болезнь, но она может вызывать и развитие различных аллергических заболеваний, таких, как бронхиальная астма.

Роль аллергии в заболеваемости населения чрезвычайно возросла, и это теснейшим образом связано с теми «глобальными» изменениями в образе жизни человека, о которых упоминалось выше. Как показывает опыт, в возникновении аллергии важнейшее значение принадлежит преморбидным (предболезненным) особенностям нервной и эндокринной систем организма, в зависимости от которых у одного человека состояние это может и не развиться, а у другого же воз-

никает легко. Аллергизация у некоторых людей может нарастать, подобно снежному кому, когда, например, на большинство лекарственных средств, на многие пищевые продукты и самые различные вещества у человека появляются аллергические реакции. В настоящем выпуске речь пойдет именно об аллергическом состоянии, столь распространенном ныне и создающем весьма ощутимую опасность развития целого ряда заболеваний как у детей, так и у взрослых людей.

О НАШИХ АВТОРАХ

АДО Вячеслав Андреевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой аллергологии Московского медицинского стоматологического института МЗ РСФСР, автор книг и многочисленных выступлений в печати по вопросам аллергологии, борьбы с аллергическими заболеваниями, член Всесоюзного общества «Знание».

ГОЛИКОВ Борис Михайлович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней Курского ордена Трудового Красного Знамени государственного медицинского института, автор более 65 научных и научно-популярных статей, методических пособий, член методического совета медико-биологической секции Курского отделения Всесоюзного общества «Знание».

ФИЛИППЕНКО Николай Григорьевич — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии Курского ордена Трудового Красного Знамени государственного медицинского института, член ученого совета лечебного факультета и заместитель председателя проблемной комиссии «Фармация» того же института, автор более 50 опубликованных работ, включая публикации по вопросам аллергологии, лектор общества «Знание».

АРХИПОВ Николай Сергеевич — кандидат медицинских наук, врач-терапевт IV Главного управления при МЗ СССР, автор ряда научных работ по проблемам внутренних болезней, заслуженный врач РСФСР.

В. Адо, Б. Голиков,
Н. Филиппенко, Н. Архипов

АЛЛЕРГИЯ: СТО ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ

Что называют аллергией?

Понятие «аллергия» ввел в медицину австрийский педиатр Пирке в 1906 году. Буквальный перевод на русский язык с греческого — «делание по-другому» («аллос» — другой, иной, «эргон» — делаю). В современном представлении аллергия означает повышенную чувствительность организма в отношении тех или иных веществ — аллергенов.

Сейчас много пишут о большой частоте и распространенности аллергии. Так ли это?

Во второй половине XX века среди заболеваний на первое место выдвинулись сердечно-сосудистые, онкологические, вирусные и некоторые другие. Наряду с ними аллергические заболевания в промышленно развитых странах в особенности достигли такого распространения, что становятся одной из сложнейших проблем современной медицинской науки и практики.

В нашей стране, как и во всем мире, отмечается не только существенное увеличение частоты, но и тяжести течения аллергических заболеваний. В последнее время, например, в США частота заболеваемости бронхиальной астмой составила 23,4 на 1000 человек, в Англии — 8,5 (для сравнения: уровень онкологической заболеваемости в этих же странах — 3,4 и 2,8 на 1000, туберкулезом легких — 0,2 и 0,3).

Что такое аллергология?

Аллергология — это наука, изучающая причины возникновения аллергических реакций и заболеваний, механизмы их развития, клинические проявления, методы диагностики, предупреждения и рационального лечения.

Участковый врач направил на консультацию к аллергологу с целью выявить аллерген, вызывающий заболевание. Что такое аллерген?

Аллерген — вещество, способное вызывать аллергическую реакцию. Аллергены обнаруживаются среди пищевых продуктов (в частности, содержат их ягоды, овощи, фрукты, рыба, мясо, яйца), химических веществ и лекарств. Одни из них выявляются сравнительно легко: нередко сами больные отмечают у себя проявления аллергии, например, весной, во время цветения каких-либо травянистых, кустарниковых и древесных растений. Но во многих случаях требуются специальные методы их выявления.

Методы лабораторной диагностики позволяют определить повышенную чувствительность организма ко многим различным веществам. Вместе с тем выявление определенного аллергена, вызвавшего заболевание у данного человека, — это наиболее рациональный путь к узконаправленному, совершенно конкретному лечению, дающему максимальный эффект. Зная это, участковый врач поступил верно, направив пациента к специалисту-аллергологу.

Чем занимаются научные и лечебные аллергологические учреждения? Каковы направления их деятельности?

При Научно-исследовательском институте иммунологии АМН СССР имеется консультативная аллергологическая поликлиника и стационар, а также научно-исследовательская аллергологическая лаборатория, проводящая конкретные исследования в самых различных направлениях. В частности, изучается географическая распространенность аллергических заболеваний, составляются медико-географические карты с обозначением

районов, где в первую очередь требуются усилия исследователей и практических врачей.

В этой лаборатории создаются диагностические наборы препаратов, с помощью которых может быть уточнен диагноз, ведется поиск надежных способов оценки иммунологической реактивности (специфической и неспецифической) больного, координируются усилия ученых и практических врачей, направленные на борьбу с аллергическими заболеваниями. Для подготовки и усовершенствования врачей-аллергологов открыты специальные кафедры в институтах Москвы, Казани, Тбилиси и ряда других городов. Сейчас практически в любой больнице есть врач-аллерголог. Министерством здравоохранения СССР в нашей стране создана широкая сеть аллергологических кабинетов (в поликлиниках) и отделений (в больницах).

Значит, к аллергологу и надо обращаться, если возникло аллергическое заболевание или подозрение на его наличие?

Прежде всего надо обратиться в районную поликлинику к своему участковому врачу, который, разобравшись в сути заболевания, назначит обследование и лечение. При необходимости участковый врач направит на консультацию к врачу-аллергологу.

Складывается впечатление, что большинство заболеваний имеет аллергическое происхождение. Может быть есть необходимость с первых же дней жизни ограждать человека от действия возможных аллергенов?

Широкая распространенность аллергии приводит порой к переоценке ее роли в возникновении и развитии заболеваний. Некоторые специалисты склонны видеть в ней основную причину едва ли не всех болезней, другие же, наоборот, недооценивают важность изучения аллергических реакций.

Хотелось предупредить читателя — не выискивайте у себя симптомов аллергии, если их у вас нет, не старайтесь оградить себя от растений или лекарств только потому, что для других они являются аллергенами. В возникновении аллергических заболеваний имеется

столько привходящих обстоятельств, что избегать, например, принимать в пищу куриные яйца будет не только нерационально, но и вредно.

Естественно, как и любое другое заболевание, аллергию легче предупредить, чем лечить. Для этого нужно знать не только причины возникновения и меры предупреждения аллергических болезней, но и хорошо себе представлять возможности укрепления защитных сил организма, противостоящих развитию аллергических реакций. Поэтому необходимо соблюдать профилактические меры, укреплять здоровье с детского возраста, буквально с первых дней жизни. Закаливание, физическая культура, здоровый образ жизни — вот основные факторы, препятствующие возникновению аллергических болезней.

Какие вещества могут быть аллергенами?

Нередко многие не догадываются, что причину, вызывающую аллергию, надо искать у себя дома, в повседневной окружающей среде. Если попытаться составить список всех известных в настоящее время аллергенов и дополнить его потенциально аллергенными веществами, это будет довольно увесистый том. Но труд, в общем, окажется напрасным. Ведь для одного человека аллергеном может быть мясо курицы, для другого — пыльца какого-либо цветка, для третьего — укроп или помидор. И если для одного человека укроп — аллерген, то для других он совершенно не опасен, так как не вызывает у них никаких аллергических реакций. Возникновение аллергической реакции — результат строго индивидуальной повышенной чувствительности организма к конкретному веществу.

Как аллергены попадают в организм человека?

В основном с пищей, через дыхательные пути, кожные покровы. Иногда аллергические реакции возникают при подкожных, внутримышечных или внутривенных введениях лекарственных веществ в организм. Поэтому недопустимо пользоваться помощью некомпетентных, случайных лиц.

Не следует заниматься самолечением.

Препараты нередко вызывают аллергические реакции. К таковым относятся противовоспалительные средства, антибиотики, сульфаниламидные препараты, витамины группы В и др. Врач назначит лекарство, если оно необходимо, и проследит за его действием.

Можно ли, несмотря на все многообразие аллергенов, попытаться в них разобраться?

Условно выделяют две большие группы аллергенов: аллергены, поступающие в организм человека извне (так называемые экзоаллергены), и образующиеся в организме человека при повреждении и болезненном изменении его тканей (эндоаллергены, или аутоаллергены). Организм во всех таких случаях реагирует на них аллергической реакцией. Различают экзоаллергены бытовые (или домашние), пыльцевые, пищевые, лекарственные, бактериальные, а также содержащиеся в косметических или моющих средствах.

Была очень удивлена и огорчена, когда врач после специального обследования вместо лекарств для лечения порекомендовал распрощаться с любимой кошкой. Еще больше удивилась, когда после этого приступы астмы стали беспокоить реже, а затем и совсем прекратились. Неужели причиной астмы была кошка?

Вероятно, врач при обследовании установил, что аллерген, ставший причиной астмы, действительно поставляла кошка.

Дело в том, что аллергены нередко содержатся в перхоти животных, состоящей из частичек засохшей слюны (кошки да и другие животные при «умывании» облизывают себя) и отшелушившихся частичек кожи. Перхоть животных относится к очень большой и многообразной группе бытовых аллергенов, так же как и домашняя пыль. Если эту пыль рассмотреть под микроскопом, то можно увидеть, что она состоит из мельчайших частичек, нитей, волос, и любой из этих компонентов домашней пыли может вызывать аллергию. Важно то, что шерсть, засохшая слюна, перхоть животных попадают в верхние дыхательные пути и легкие человека.

Таким образом, причиной аллергии;

особенно у детей, могут стать животные — кошки, собаки, птицы, грызуны, которые содержатся в доме. Потенциально аллергенными свойствами обладает хитиновый покров насекомых (бабочек, постельных клопов, вшей, блох, тараканов). В числе аллергенов — перья, пух, которыми набиваются подушки и перины.

К группе ингаляционных аллергенов относятся грибки и споры грибков: очень легкие и далеко переносимые ветром, они при попадании в организм человека могут вызвать различные аллергические реакции. Полезно знать, что возможна и поливалентная аллергия, то есть повышенная чувствительность не к одному, а к нескольким аллергенам.

В нашем городе очень много тополей. Во время их цветения, когда летит тополиный пух, у меня начинается сильнейшее слезотечение, чихание и зуд кожи головы. Может ли быть тополиный пух аллергеном?

Пыльца растений, цветов, трав, деревьев и кустарников относится к классу пыльцевых аллергенов и, следовательно, может вызвать различные аллергические реакции. Аллергические заболевания, вызываемые пылью растений — поллинозы, — достаточно широко распространены и подчас приобретают массовый характер, подобно эпидемии, как, например, летом и осенью, во время цветения сорняка амброзии полыннолистной в Краснодарском крае.

Распространено мнение, что все растения цветут весной. Это не совсем так. Действительно, пыльца деревьев чаще появляется весной, пыльца же цветущих луговых трав содержится в воздухе обычно летом. С июля и до поздней осени могут цвести самые различные сорняки, например полынь, лебеда. Тополиный пух считается малоаллергенным: во многих случаях не пух является причиной насморка и конъюнктивита. Ведь в это же время цветут злаковые травы, относящиеся к ветроопыляемым растениям. Пыльца их в большом количестве находится в воздухе. Она мелкая и не видна невооруженным глазом, а попадание ее на слизистую носа, глаз и вызывает типичные проявления поллиноза.

Что такое сезонная и географическая распространенность поллинозов?

В различных географических и климатических зонах нашей страны поллинозы различаются своими особенностями. В средней полосе европейской части СССР в зависимости от сезонности можно условно выделить 4 периода распространения поллинозов. В частности, первый из них появляется с начала апреля и до конца мая, когда цветут ольха, береза, дуб, клен, вяз и другие деревья, пыльца которых может вызывать поллинозы. Второй период аллергических реакций регистрируется с начала июня и до конца июля: в это время цветут злаковые травы (овсяница, тимopheевка, лисохвост, костер, пырей и др.) и тогда же летит тополиный пух. Третий период — во время цветения сорных трав с середины июля и до конца августа, а четвертый — с середины июля и до первых заморозков.

Например, в Курской области у большинства страдающих поллинозами выявляется аллергия к пыльце полыни, несколько реже — к пыльце лебеды и злаковых трав, совсем редко — к пыльце деревьев. Примерно те же аллергены являются причиной поллинозов в Саратовской, Ульяновской, Куйбышевской областях, в Узбекистане, Хабаровском крае, а также в Донецке и Ростове-на-Дону. В Московской области вызывает поллинозы у населения в основном пыльца злаковых трав, а в Краснодарском и Ставропольском краях — пыльца цветущей амброзии, в Алма-Ате — пыльца пяти видов полыни и конопли, в Ферганской долине — пыльца мальвы, лохии, хлопчатника, в Туркмении — пыльца куриного проса, лебеды, опунции.

Какие растения вызывают наиболее массовые поллинозы?

Самым аллергенным растением считают амброзию полыннолистную. Это растение было завезено из США в начале нашего века и в силу благоприятных климатических условий прижилось и распространилось в южных районах нашей страны: на Северном Кавказе, Черноморском побережье, в Восточном Закавказье, южных районах Украины,

Алма-Атинской области, Приморском крае, Среднем Поволжье, Южном Урале, Грузинской ССР.

К сожалению, амброзия постепенно распространяется на север, сейчас серьезно занимают проблемой борьбы с этим сорняком. Здесь необходимо подробно остановиться на вопросе о географических зонах распространения амброзии по двум причинам. Во-первых, людям, страдающим каким-либо аллергическим заболеванием, особенно поллинозами, не рекомендуется приезжать на отдых в места, где распространена амброзия. Во-вторых, аллергические заболевания, вызываемые пылью цветущей амброзии (а цветет она с конца июля до заморозков), протекают особенно тяжело.

Верно ли, что поллинозы особенно распространены у жителей сельской местности, коль скоро живут они на природе?

Как раз наоборот. Поллинозами чаще страдают жители городов (85,5 %), нежели сельской местности, хотя и у сельских работников выявляются профессиональные аллергические заболевания.

У моего пятилетнего ребенка на коже лица, шеи, груди, рук появляются красные пятна, а кожа начинает сильно чесаться, как только он съест куриное яйцо. Могут ли яйца или какие-то другие пищевые продукты стать причиной аллергии?

Куриные яйца относятся к группе пищевых аллергенов и способны вызывать различные аллергические реакции. Аллергию у разных людей могут вызывать молоко, сыр, шоколад, земляника, раки, крабы, икра. Нередко человек чувствителен не к одному пищевому аллергену, а сразу к нескольким. Однако наличие поливалентной пищевой аллергии совсем не означает, что человек обречен на голодную смерть. Употребление самых различных белковых (мясных) продуктов, овощей, фруктов позволяет избежать неприятных аллергических явлений. Существуют специальные «малораго», вареный картофель, гречневую кашу и другие продукты. Их рекомендуют лицам, имеющим поливалентную пищевую аллергию.

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Наши постоянные читатели интересуются, как правильно пользоваться точечным массажем при аллергии и аллергических заболеваниях. Рассказывает кандидат медицинских наук, врач Павел Павлович СОКОЛОВ.

ОСВОИМ МИКРОМАССАЖ

Массаж точек акупрессуры, проконсультировавшись с врачом, проводят самостоятельно. Микромассаж обычно рекомендуется в комплексе с другими лечебно-профилактическими мероприятиями (исключая гормонотерапию). Процедура микромассажа состоит из небыстрых колебательно-вращательных движений массирующего пальца, без смещения его по коже, но с медленным изменением давления на нее — от сильного к слабому, и наоборот.

Массаж проводится одним пальцем (либо указательным, либо средним или большим). Обычно искомые точки отличаются от других участков на коже по своей болезненной чувствительности к надавливанию. Воздействие процедуры усиливается при перпендикулярном к поверхности тела положению массирующего пальца или за счет наложения на него пальца той же либо другой руки (отягощения). Наиболее эффективен массаж, проводимый на грани нерезкой боли в массируемом участке. Резкая болезненность — сигнал к снижению интенсивности процедуры.

Необходимые для нахождения точек акупрессуры (ТА) расчеты заключаются в вычислении в соответствии с пропорциями тела отрезка — «пропорционального цуня», строго индивидуального для каждого. Это отрезок, составляющий определенную долю длины той или иной части тела. Так, например, месторасположение ТА на голове определяют с помощью цуня, вычисляемого одним из трех способов. Можно измерить либо ширину лба, разделив полученную величину на 9, либо высоту лба, поделив ее на 3, или же разделить на 12 результат измерения (по срединной линии) расстояния от начала волосистой части головы (на лбу) до ее границы на затылке.

Различаются индивидуальные цуны тыльной и внутренней (ладонной) стороны предплечья, передней и внутренней поверхностей голени.

Для вычисления в данном случае рекомендуются следующие способы. На тыльной стороне согнутой в локте руки (внутренняя сто-

рона предплечья повернута к себе) измерить расстояние от локтевого отростка (вершины локтя) до тыльной лучезапястной кожной складки (между предплечьем и кистью), результат разделить на 12. На внутренней поверхности предплечья расстояние от локтевой кожной складки до ямки в лучезапястной складке составляет 12 цуней. Ямку легко найти на согнутой в локте (под прямым углом) руке, обращенной вверх ладонью. Если различимы две складки, то измерение проводится по дальней (от ладони).

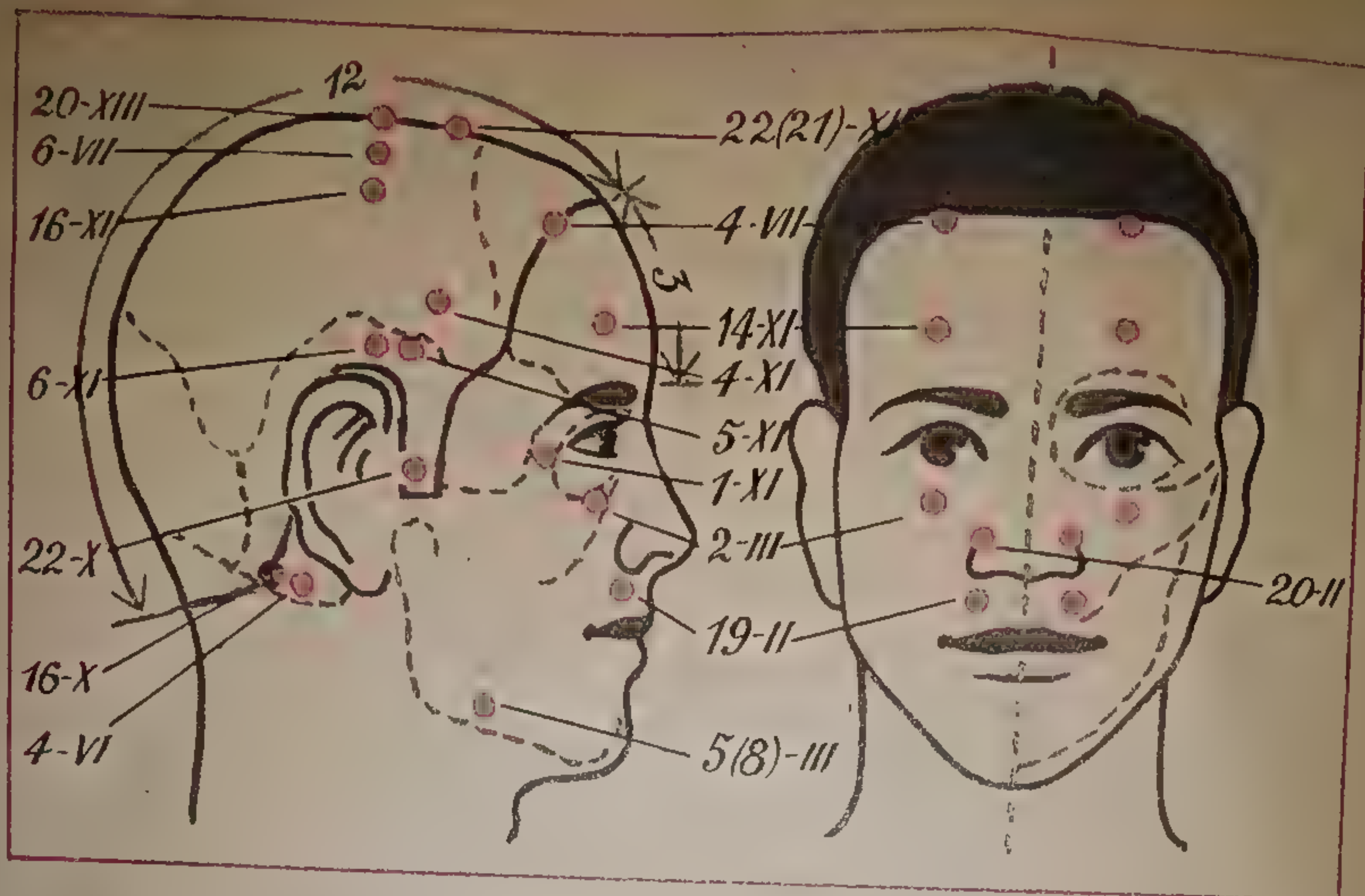
На передней поверхности голени измерить расстояние от нижнего края коленной чашечки до центра выступающей части (вершины) наружной лодыжки, результат разделить на 16. На внутренней же стороне голени (обращенной к другой) расстояние от вершины внутренней части лодыжки до ямки под внутренним мыщелком большеберцовой кости оценивается в 13 цуней. На согнутой ноге ямка хорошо прощупывается на колене спереди и чуть кнутри.

При самых различных аллергических состояниях (в межприступный период) проводят профилактический массаж ТА общего противоаллергического действия. Рекомендуется проводить его ежедневно или через день, лучше всего вечером, с обязательным отдыхом после процедуры (не менее получаса). Можно попытаться применить биоритмологический подход к процедуре (основанный на древнейших традициях акупунктуры) — проводить микромассаж в оптимальное для «активности» ТА время суток. Такие сведения приводятся при их описании.

Нет необходимости массировать ТА общего действия все сразу. В каждой процедуре разумно использовать 4—6 ТА, хотя и в произвольном сочетании, но с условием, что представлены точки различных частей тела. Можно, например, в первый день использовать



Лучший способ профилактики — закаливание



ТА левой руки и правой ноги, в следующий день (раз) — правой руки и левой ноги, затем ТА спины и стоп обеих ног. Далее повторяется все с начала либо массируются по одной паре ТА на руках, ногах, на спине, но каждый раз используются другие пары.

При обострениях аллергических заболеваний проводится массаж ТА, эффективных именно при тех или иных проявлениях, среди которых наиболее действенные выбирает каждый на основании своего опыта сам.

Дело в том, что эффективность одних и тех же ТА при одинаковых, казалось бы, проявлениях заболевания у каждого различна. Наиболее эффективные ТА обычно болезненны при надавливании, на них и надо сосредоточить внимание, помня, что при длительном использовании одних и тех же ТА действенность их может снижаться. Каждый раз используется не более 3—4 пар ТА, проверенных на «болезненность».

Может обнаружиться повышенная чувствительность ТА, которые ранее не были болезненны при надавливании. Их следует сразу же использовать следующие несколько дней — до повторения процедуры отбора новых ТА на эффективность.

Ниже описываются основные ТА, рекомендуемые для профилактики обострений (общего действия), а также для использования при аллергическом насморке, аллергическом отеке лица и кожном зуде, сопровождающем многие аллергические заболевания.

В остром периоде микромассаж проводят по несколько раз в день, каждые полтора-два часа. По мере отступления болезни постепенно сокращайте число процедур, но даже при видимом исчезновении проявлений некоторое время необходимо продолжать массаж; общая продолжительность курса — не более 10—12 дней. Если за это время симптомы болезни не исчезнут, вернитесь к массажу ТА общего действия после двух-трехдневного перерыва.

Общий противоаллергический микромассаж

I. Описание ТА на предплечье

Точка 5-X (вай-гуань): продолжительность массажа — до 10 мин, оптимальное время суток — 20—22 ч. Находится в глубине между мышцами тыльной стороны предплечья (по срединной линии — на 2 цуня от лучезапястного сустава).

Точка 7-V (шень-мэнь): продолжительность — 10 мин, время — 10—12 ч дня. Расположена в углублении, нащупываемом при сгибе кисти, в дальней от нее лучезапястной кожной складке (ближе к наружному краю).

Точка 11-II (цюй-чи): продолжительность — до 10 мин, время — 4—6 ч утра. Находится в углублении (между мышцами) на середине расстояния между наружным

концом локтевой кожной складки согнутой под прямым углом руки (ладонью вверх) и боковым выступом локтевого сустава.

Точка 10-II (шоу-сань-ли): продолжительность — до 5 мин, время — 4—6 ч утра. Сжав кулак, на напряженных мышцах предплечья выпрямленной руки, на расстоянии 2 цуней от точки 11-II в направлении к кисти (на линии, приводящей к большому пальцу руки) обнаруживается небольшое углубление. Здесь находится искомая точка, определяемая по болезненности при надавливании.

II. Описание ТА на голени

Точка 36-III (цзу-сань-ли): продолжительность массажа — до 20 мин, оптимальное время суток — 6—8 ч утра. Сидя, не отрывая пятку от пола, максимально поднимите носок стопы. В верхней части голени при этом появится бугор большеберцовой мышцы, на вершине которого расположена искомая точка (кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 1 цунь, ниже нижнего края коленной чашечки на 3 цуня).

Точка 39-XI (сюань-чжун): продолжительность — не более 5 мин, время — 21—24 ч. Искать на наружной стороне передней поверхности голени, выше верхнего края наружной лодыжки на 3 цуня (на вертикали от переднего края наружной лодыжки, проходящей по желобку между мышцами).

Точка 6-IV (сань-инь-цзяо): продолжительность — до 10 мин, время — 8—10 ч утра. Расположена на срединной линии внутренней поверхности голени, в области мышц, выше верхнего края внутренней лодыжки на 3 цуня.

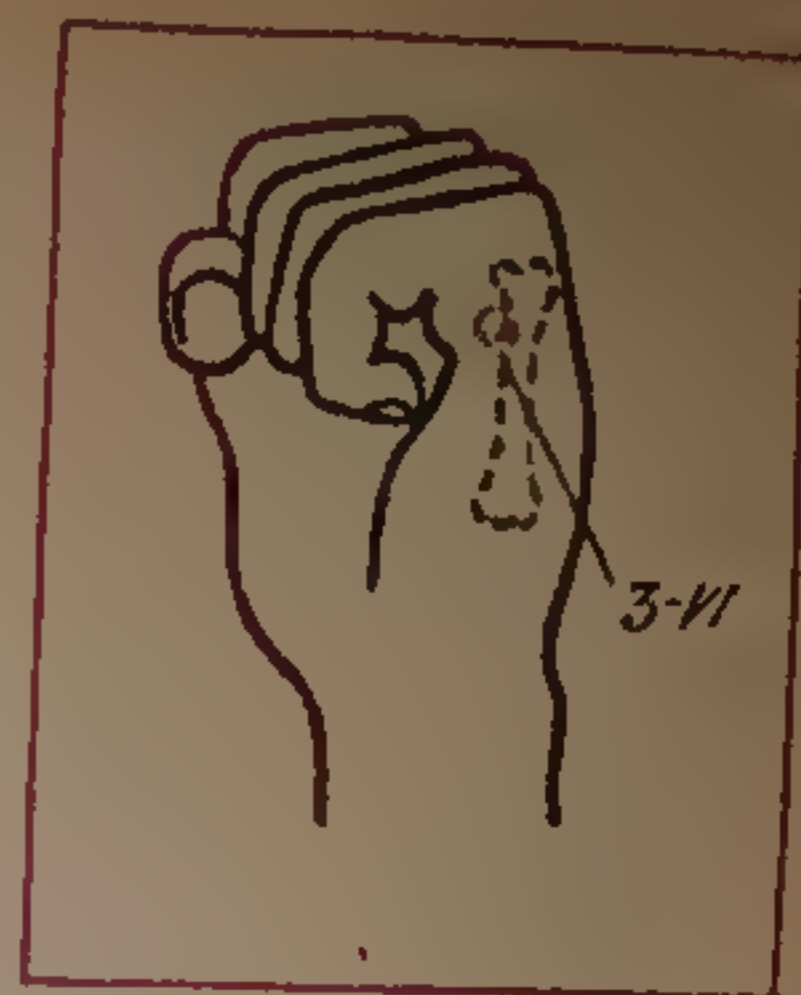
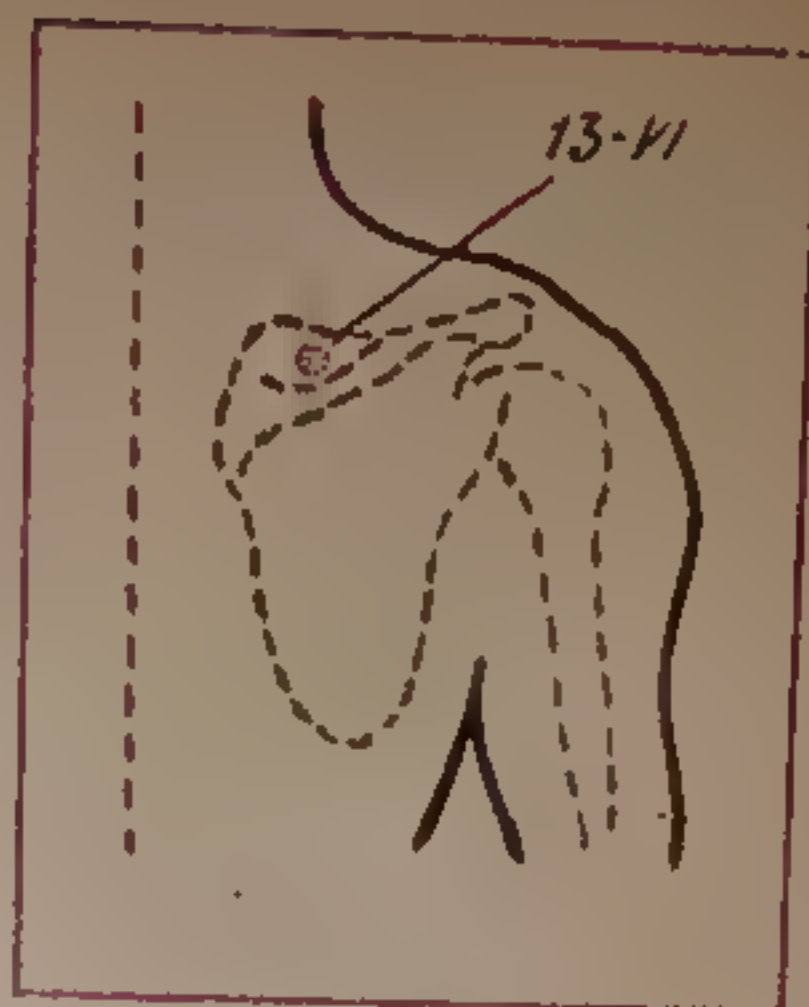
Точка 6(3)-VIII (чжао-хай): продолжительность — не более 5 мин, время — 16—18 ч. Находится в углублении, кзади от бугорка ладьевидной кости ступни, ниже внутренней лодыжки на 1 см (приблизительно).

III. Описание ТА на спине

Чтобы ориентироваться, следует вначале научиться считать позвонки по выступающим на спине их остистым отросткам. Слегка наклонив голову вперед, проведите рукой по позвоночнику на уровне плеч. Найдите самый выступающий остистый отросток. Это 7-й шейный позвонок, под ним нащупывается остистый отросток 1-го грудного позвонка, ниже — 2-го грудного и т. д.

Точка 14 (13)-XIII (да-чжуй). Расположена между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

Точка 14-VI (цзянь-вай-шу). Находится на уровне промежутка между остистыми отростками 1-го и 2-го грудных позвонков, у внутреннего края (обращенного к позвоночнику) лопатки.



Точка 41(36)-VII (фу-фэнь). Расположена на уровне промежутка между отростками 2-го и 3-го грудных позвонков, на середине расстояния между их остистыми отростками и внутренним краем лопатки.

Точка 12(11)-XIII (шэнь-чжу). Находится между остистыми отростками 3-го и 4-го грудных позвонков.

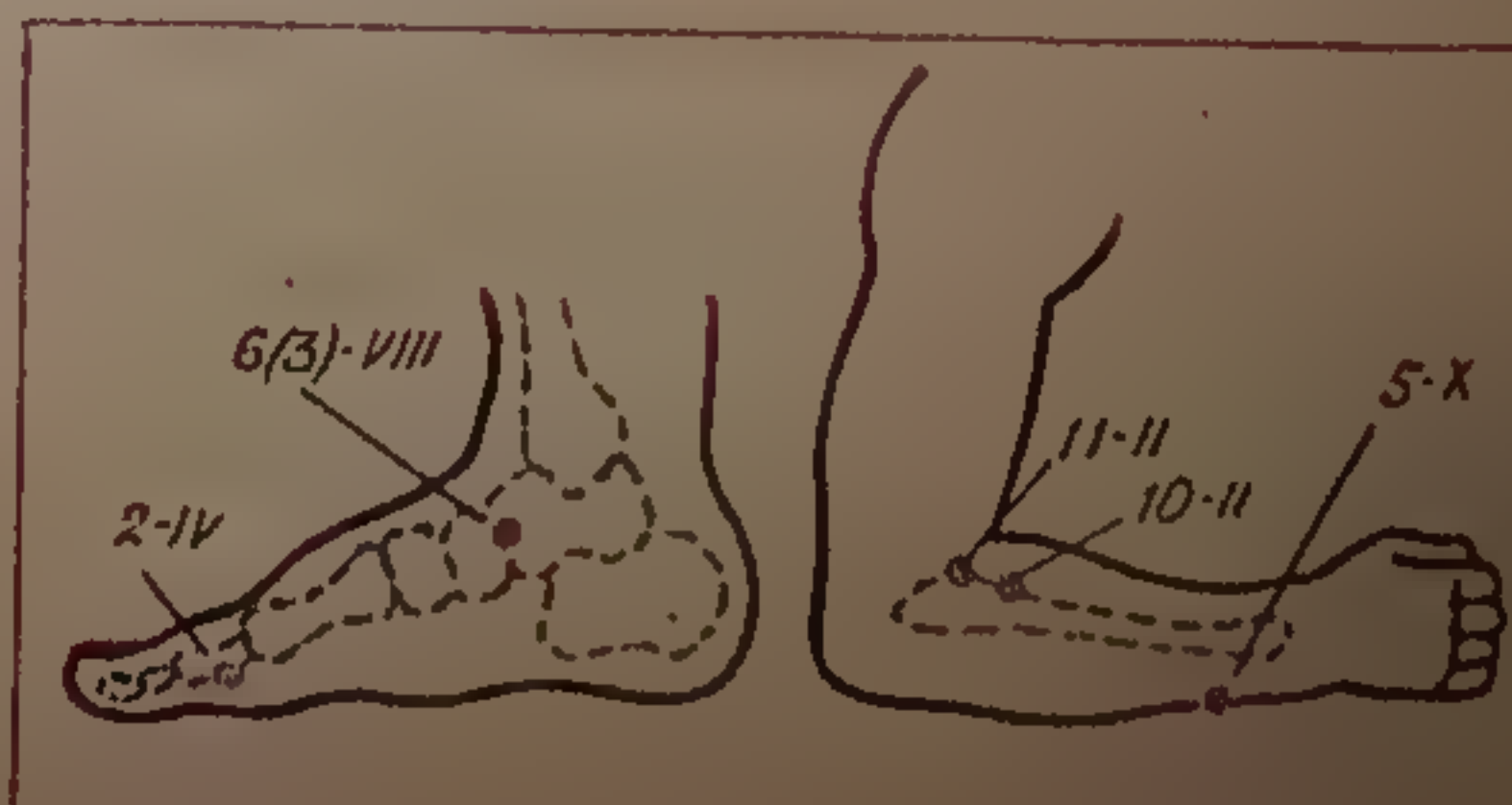
Точка 43(38)-VII (гао-хуань). Искать на уровне промежутка между остистыми отростками 4-го и 5-го грудных позвонков, на вертикали, проходящей через точку 14-VI.

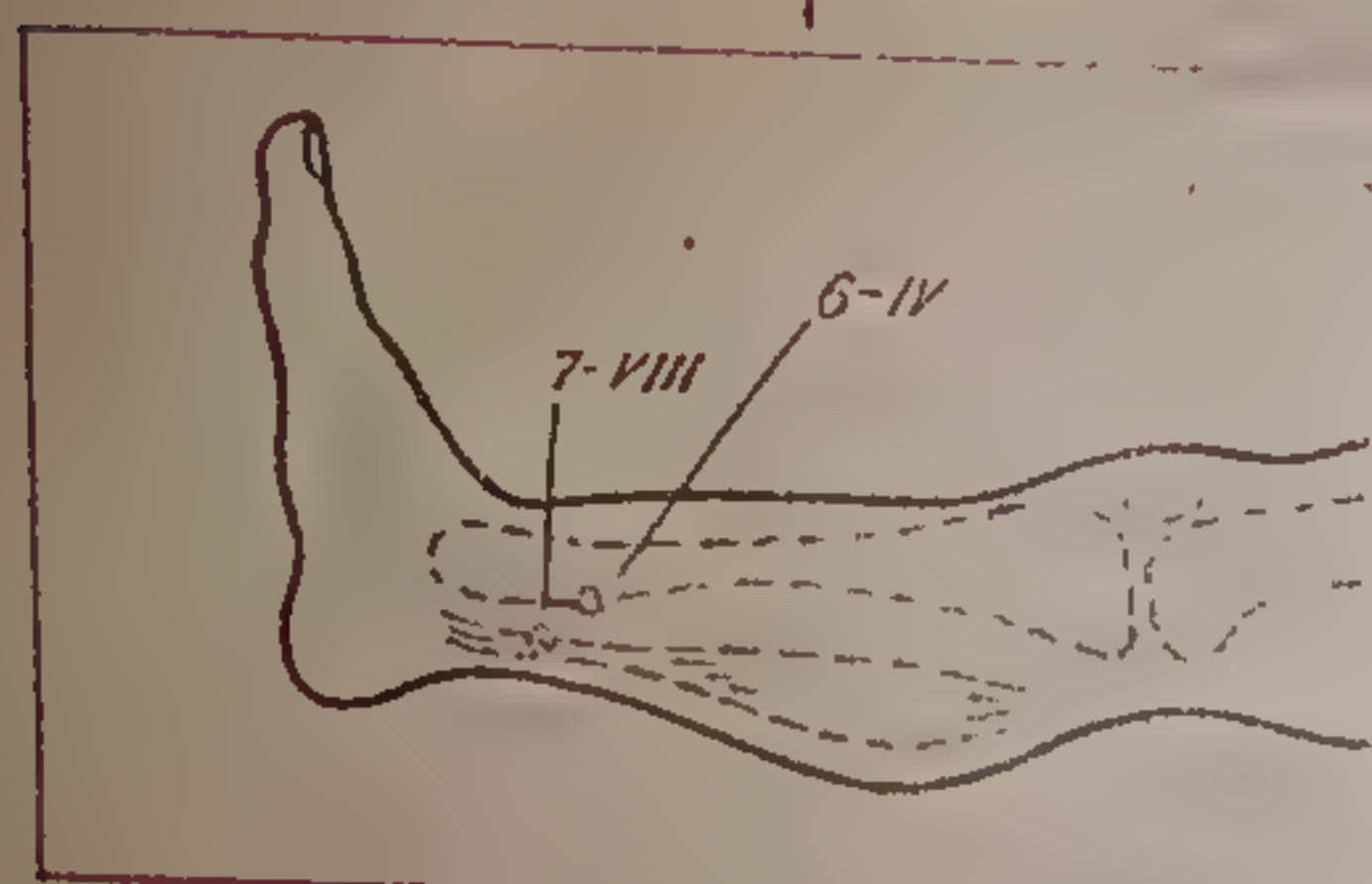
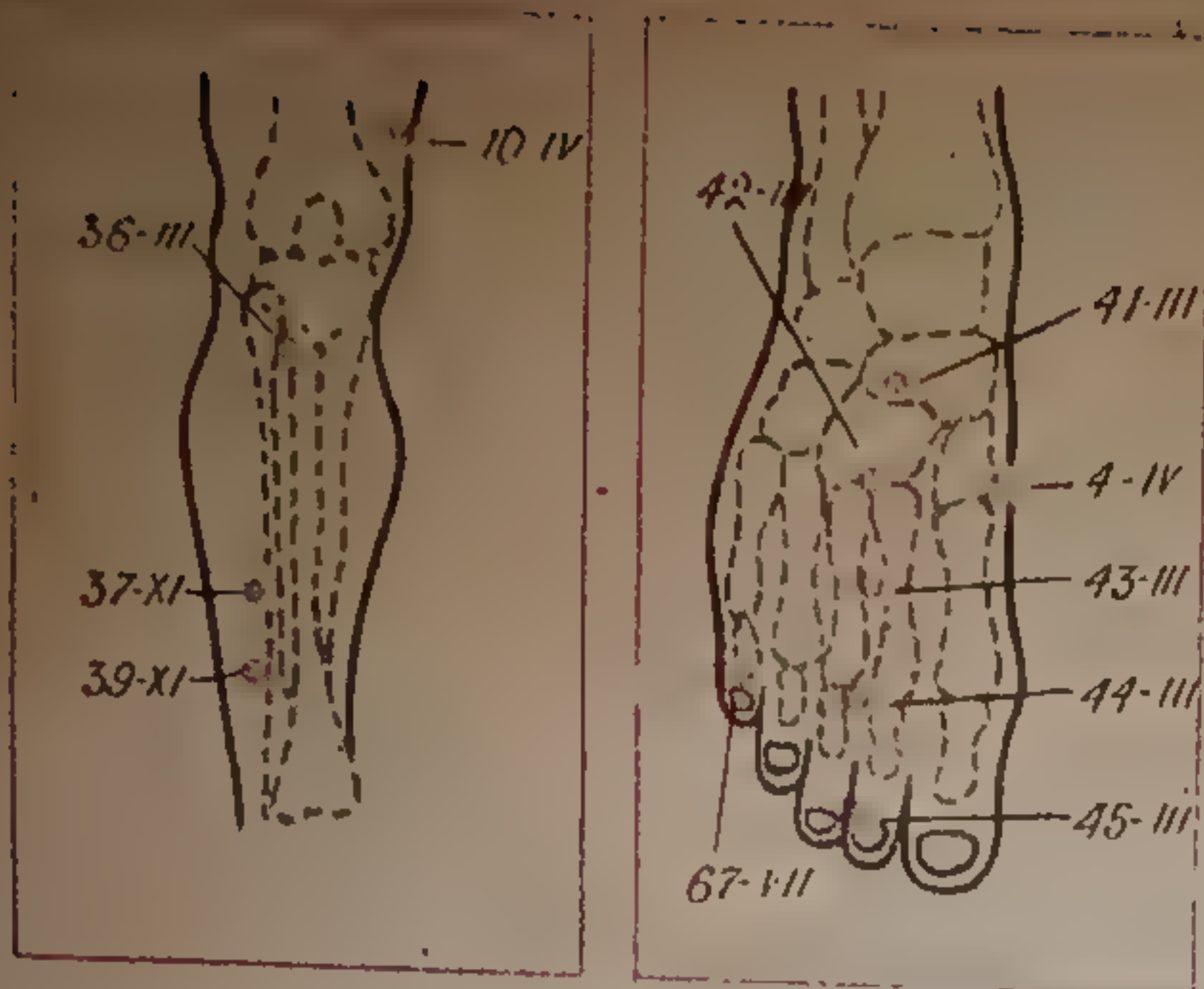
Микромассаж
при аллергическом насморке

Точка 19-II (хэ-ляо): продолжительность массажа — не более 2 мин, проводить только лежа. Расположена на лице, на середине расстояния между нижним краем крыла носа и верхним краем губы, что соответствует углублению у основания клыка на верхней челюсти.

Точка 2-III (сы-бай): продолжительность — не более 1 мин. Находится на наружной поверхности костей, образующих орбиту глаза, по горизонтали — на 0,5 см от наружного угла глаза.

Точка 14-XI (ян-бай): продолжительность — до 3 мин. Расположена на лбу, на вертикальной линии, проходящей через зрачок прямо смотрящего глаза, а по горизонтали — на уровне $\frac{2}{5}$ расстояния от брови и $\frac{3}{5}$ от границы волосистой части головы.





Точка 4-VII (цзюй-ча): продолжительность — до 5 мин. Искать выше передней границы волосистой части головы, от средней линии в сторону на 1,5 цуня.

Точка 22-X (хэ-ляо): продолжительность — до 3 мин. Расположена на виске, в углублении у передневерхнего края основания ушной раковины, выше основания скулового отростка височной кости.

Точки 4-XI (хань-янь) и 5-XI (сюань-лу): продолжительность — до 5 и 3 мин соответственно. В самой верхней точке височной впадины, в углублении на месте стыка лобной и теменной костей находится точка 8(1)-III. Проведем от нее к точке 6-XI соединительную линию, тогда первую из двух искомых точек обнаружим на верхней границе средней трети ее длины, а вторую — на нижней. Вспомогательная точка 6-XI расположена на пересечении проведенной по верхнему краю ушной раковины горизонтали и вертикали (проходящей через передний край основания уха).

Точка 6-VII (чен-гуан): продолжительность — не более 2 мин. Искать на вертикальной линии, проведенной по верхней точке основания уха, на расстоянии 1 цуня от срединной линии на голове.

Микромассаж при аллергическом отеке лица

I. Описание ТА на голове

Точка 16-XI (му-чуан): продолжительность массажа — до 5 мин. Расположена на вертикальной линии, проведенной от верхней точки основания уха, на расстоянии 2 цуней от срединной линии головы.

Точка 6-XI (сюань-ли): продолжительность — до 5 мин.

Точка 4-VI (вань-гу): продолжительность — 5 мин. Искать на волосистой части головы, у заднего края сосцевидного отростка за ухом (овальное костное образование).

Точка 16-X (тянь-ю): продолжительность — до 3 мин. Расположена книзу и кзади от сосцевидного отростка у заднего края мышцы, отходящей вниз.

Точка 5(8)-III (да-ин): продолжительность — до 5 мин. Находится на нижней челюсти, на трети расстояния от ее угла до середины подбородка.

II. Описание ТА на кисти

Точка 3-VI (хоу-си): продолжительность — не более 5 мин. Сжав (неплотно) ладонь в кулак, на конце ладонной складки (кзади от головки пястной кости) со стороны мизинца обнаружите искомую точку.

III. Описание ТА на стопе

Точка 45-III (ли-дуй): продолжительность — до 3 мин. Расположена кнаружи от угла корня ногтя второго пальца (первый — большой палец), сразу же за кожным валиком, обрамляющим ноготь.

Точка 44-III (ней-тин): продолжительность — до 5 мин. Находится между 2-м и 3-м пальцами, на тыле стопы, в щели, кпереди от суставов, соединяющих пальцы со стопой.

Точка 43-III (сянь-гу): продолжительность — до 3 мин. Обнаруживается на тыле стопы, в самом глубоком месте в межкостной впадине, начинающейся между 2-м и 3-м пальцами.

Точка 42-III (чун-ян): продолжительность до 5 мин. Расположена на самом высоком месте свода стопы, в ямке между костями.

Точка 41-III (цзе-си): продолжительность — до 5 мин. Искать на линии сгиба стопы в голеностопном суставе, на середине передней поверхности ее.

Точка 4-IV (гунь-сунь): продолжительность — до 3 мин. Находится на внутренней стороне стопы, на переднем нижнем крае у основания (костного выступа) плюсневой кости, первой со стороны большого пальца.

I. Описание ТА на голове

Точка 20-XIII (бай-зуй): продолжительность массажа — до 5 мин. Расположена в наивысшей точке на срединной линии головы, на расстоянии 5 цуней от передней границы ее волосистой части (7 цуней от задней).

Точка 20-II (ин-сян): продолжительность — не более 1 мин. Находится на лице, в углублении верхней точки бороздки, ограничивающей крыло носа.

Точка 22(21)-XIII (синь-хуэй): продолжительность — до 3 мин. Искать на срединной линии головы на расстоянии 2 цуней от передней границы ее волосистой части (4, 5 цуня выше переносья).

II. Описание ТА на спине

Точка 13-VI (цуй-юань): продолжительность — до 5 мин. Фактически ость лопатки при прощупывании от плечевого сустава воспринимается как ее верхний край, так как верхняя граница лопатки закрыта толстым слоем мышц. Можно заметить, что край этот в сторону позвоночника загибается вверх. Искомая точка лежит в самом начале этого поворота, у верхнего края лопатки, на его конце, ближе к позвоночнику.

III. Описание ТА на бедре, голени и стопе

Точка 10-IV (сюе-хай): продолжительность — до 5 мин. Сидя, нащупайте большой округлый костный выступ, ограничивающий колено сверху и с внутренней стороны. Спуститесь с него по линии, продолжающейся по бедру. Здесь в глубине мышц, в углублении, лежит искомая точка, на внутренней поверхности бедра у верхнего края внутреннего мыщелка бедренной кости.

Точка 37-XI (гуань-мин): продолжительность — не более 5 мин. Проведите вертикальную линию вверх, от впадины у передне-верхнего края наружной лодыжки — по легко прощупываемому промежутку между мышцами. Искомая точка находится на этой линии, выше верхнего края наружной лодыжки на 5 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

Точка 67-VII (чжи-инь): продолжительность — до 3 мин. Искать кнаружи от угла корня мизинца ноги, сразу же за кожным валиком, окаймляющим ноготь.

Точка 7-VIII (фу-лю): продолжительность — до 5 мин. Расположена на задней линии внутренней поверхности голени, на месте перехода икроножной мышцы в ахиллово сухожилие, выше верхнего края внутренней лодыжки на 2 цуня.

Точка 2-IV (да-ду): продолжительность — до 5 мин. Находится в месте перехода тыльной поверхности стопы в подошвенную, кпереди от косточки большого пальца ноги, там, где прощупывается углубление.

Проконсультируйтесь с опытным иглоте-рапевтом, может быть, порекомендует и другие точки, которые могут быть использованы для профилактики и лечения аллергических заболеваний. Напоминаем, что массаж противопоказан при кожных болезнях и повреждениях кожи, тромбозе, гипертонической болезни II и III степени, пороках сердца, инфаркте миокарда, выраженном склерозе сосудов головного мозга, онкологических заболеваниях, беременности. Процедура проводится не ранее чем через час после еды, а употребление алкоголя даже в самых минимальных дозах может нанести ущерб здоровью.

ЧИТАЙТЕ:

А. и Б. Стругацкие

ЗА МИЛЛИАРД ЛЕТ
ДО КОНЦА СВЕТА

(рукопись, найденная
при странных обстоятельствах)

НАУЧНО-ФАНТАСТИЧЕСКАЯ ПОВЕСТЬ

ВЫЙДЕТ

полностью в ближайших выпусках ежемесяч-
ника «ЧЕЛОВЕК И ПРИРОДА» со второго
полугодия 1988 года

Индекс 70109 в каталоге «Союзпечати»

в разделе —

Брошюры и журналы издательства
«Знание»

Стоимость подписки на квартал —
45 коп.



Скифская
ритуальная ваза.
IV век до н. э.,
сплав золота и
серебра. Эрмитаж

ЗАГАДКА СЦЕН ВРАЧЕВАНИЯ

«Скиф ощупывает больную или раненую челюсть другого: выражение страдания и произвольные движения больного, а также более тонкая экспрессия наивного внимания у врача придают сцене легкий оттенок комизма. Такими же достоинствами рисунка и экспрессией отличается последняя сцена — перевязывание больной или раненой ноги». Так известные русские ученые, авторы много-томного издания «Русские древности в памятниках искусства» (СПб., 1889) И. Толстой и Н. Кондаков описывали рельефное изображение на ритуальном сосуде из богатого скифского погребения, открытого в 1830 году при раскопках кургана Куль-Оба близ Керчи. Прекрасно сохранившееся ювелирное изделие было изготовлено, вероятно, в одной из мастерских Пантикапея — древнегреческого поселения, на месте которого впоследствии вырос город Керчь. На ритуальной вазе изображены также два беседующих скифа и скиф, натягивающий тетиву на лук.

Среди куль-обских находок, украшающих ныне особую кладовую Государственного Эрмитажа, этот шедевр античной торевтики (искусства художественной чеканки,ковки) не случайно привлекает внимание исследователей вот уже более полутора столетий. Казалось бы, изображения сцен врачевания — не редкость, достаточно известны по росписям древнегреческих ваз, да и выбор сюжетов не может вызывать удивления. В то время проводились уже довольно сложные операции. Напомним, что великий Гиппократ жил на одно-два поколения ранее создателей куль-обского памятника. И все же то, о чем повествуют изображения, до сих пор остается загадочным, послужив основой для двух интересных гипотез, одна из которых появилась в начале, а другая в конце 60-х годов.

Примечательно, что медицинские знания (палеопатология человека) были привлечены к доказательству того, что на куль-обской вазе, в одной из сцен врачевания представ-

лен реальный эпизод — оказание врачебной помощи скифскому царю. Автор этой гипотезы известный палеопатолог Д. Рохлин пришел к такому выводу, тщательно изучив другую уникальную находку из того же погребения — нижнюю челюсть захороненного 35—40-летнего мужчины. Хотя ни один зуб на ней не был удален прижизненно, пишет он в своей работе «Нижняя челюсть скифского царя и куль-обская ваза» (1965), страдания от зубной боли скиф несомненно испытывал: 7-й зуб справа оказался кариозным, не лучше обстояло дело с левым центральным резцом. По мнению Д. Рохлина, сцена изображает не удаление зуба, а обследование полости рта или глотки, лечебную манипуляцию.

Однако гипотеза эта не претендует на объяснение других сцен, изображенных на сосуде древним мастером-художником. Другая гипотеза принадлежит известному специалисту в области скифской мифологии Д. Раевскому, попытавшемуся сопоставить все четыре изображения в целом с генеалогической скифской легендой, дошедшей до нас в записи «отца истории» Геродота (IV век до н. э.). По преданию Геракл, оказавшись в стране скифов, встретил змееногую богиню, от которой родились три его сына. И Геракл назначил им такое испытание: скифским царем мог стать тот из них, кто натянет тетиву его лука и подпоясается его поясом. С какой фигуры следует начинать «прочтение» мифа — вот вопрос, который встал перед скифологом.

Если за начало повествования принять единственную одиночную сцену (скиф, натягивающий тетиву), размышлял Д. Раевский, тогда остальные — парные сцены — должны последовательно показывать, как выполнил испытание каждый из сыновей Геракла. А в знаменитых сценах врачевания изображены как раз такие травмы, которые могли быть получены при неумелом, чересчур сильном нажиме на верхний конец лука, когда нижний срывается с правого бедра и древко в этот момент стремительно разгибается, совершая вращательное движение. Так, подобно сорвавшейся растянутой тугой пружине, лук может с силой ударить либо верхним своим концом слева по нижней челюсти, либо нижним — по голени, в зависимости от направления вращения.

Как показывают расчеты автора гипотезы, это происходит при длине лука, не превышающей 60—80 см, что вполне соответствует размерам скифского. Проведя такой эксперимент с подлинным луком из собрания Исторического музея, Д. Раевский иронически заметил, что травм-то избежал лишь из-за слабости лука и бережного к нему отношения.

Кандидат исторических наук
М. ТРЕЙСТЕР

К СВЕДЕНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ

В первом квартале 1988 года вышли два выпуска «Факультета здоровья»: № 1—2 («Возможности самомассажа: школа самостоятельного овладения приемами и методами», «После перенесенного инсульта: пособие по реабилитации в домашних условиях») и № 3.

Готовятся к опубликованию остальные шесть выпусков:

№ 4—5; № 6; № 7—8; № 9; № 10—11; № 12. Основу их составят следующие темы:

«Болезни лор-органов: профилактика (советы и рекомендации)», «Нервная система ребенка: когда болезнь нарушает развитие».

«Интимная жизнь в браке: психогигиена и культура».

«СПИД: вопросы и ответы», «Пьянство и венерические болезни».

«Остеохондроз позвоночника».

«Профилактика желчнокаменной болезни», «Инфаркт миокарда; первичная и вторичная профилактика».

«Лекарственные средства: вопросы и ответы».

В рубриках «Отвечаем на Ваши письма», «Наши рефераты», «Читателю на заметку», «Советует психотерапевт» и других будут также публиковаться практические рекомендации, имеющиеся в арсенале лечебных и профилактических средств. Кроме того, за год постоянный подписчик «Факультета здоровья» получит целиком всю серию «Красота и здоровье: изящная фигура», а также тематическую коллекцию юмористических рисунков и подборку репродукций художественно ценных редких старинных гравюр, офортов, литографий, воспроизведенных на обложках выпусков.

Расширение тематики позволит учесть многие пожелания наших постоянных подписчиков. Напоминаем Вам, что стоимость квартальной подписки — 45 коп., полугодовой — 90 коп., индекс издания — 70063, согласно каталогу «Союзпечати» (раздел — Брошюры и журналы издательства «Знание»).

Авторы: Адо В. А. — доктор медицинских наук; Голиков Б. М. — кандидат медицинских наук; Филиппенко Н. Г. — кандидат медицинских наук; Архипов Н. С. — кандидат медицинских наук. Рецензент: Пятакович Ф. А. — доктор медицинских наук, профессор.

А 28 Адо В. А. и др.
Аллергия: сто вопросов и ответов (В. А. Адо, Б. М. Голиков, Н. Г. Филиппенко, Н. С. Архипов). — М.: Знание, 1988. — 48 с. — (Нар. ун-т. Факультет здоровья; № 3).

15 к.

Причины таких симптомов заболевания, как чихание, насморк, слезотечение, часто кроются в предметах домашнего обихода. Оказывается, что в них могут быть аллергены. Что же такое аллерген, аллергическая реакция, бронхиальная астма, поллинозы? Как предупредить аллергию? На эти и многие другие вопросы, касающиеся возникновения, развития и профилактики аллергии, отвечают авторы выпуска.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4101000000

ББК 54.1

Художники-оформители: В. Ашманов, А. Григорьев, В. Конюхов, Е. Милутка, Н. Пьяных

Научно-популярное издание

Вячеслав Андреевич АДО
Борис Михайлович ГОЛИКОВ
Николай Григорьевич ФИЛИППЕНКО
Николай Сергеевич АРХИПОВ

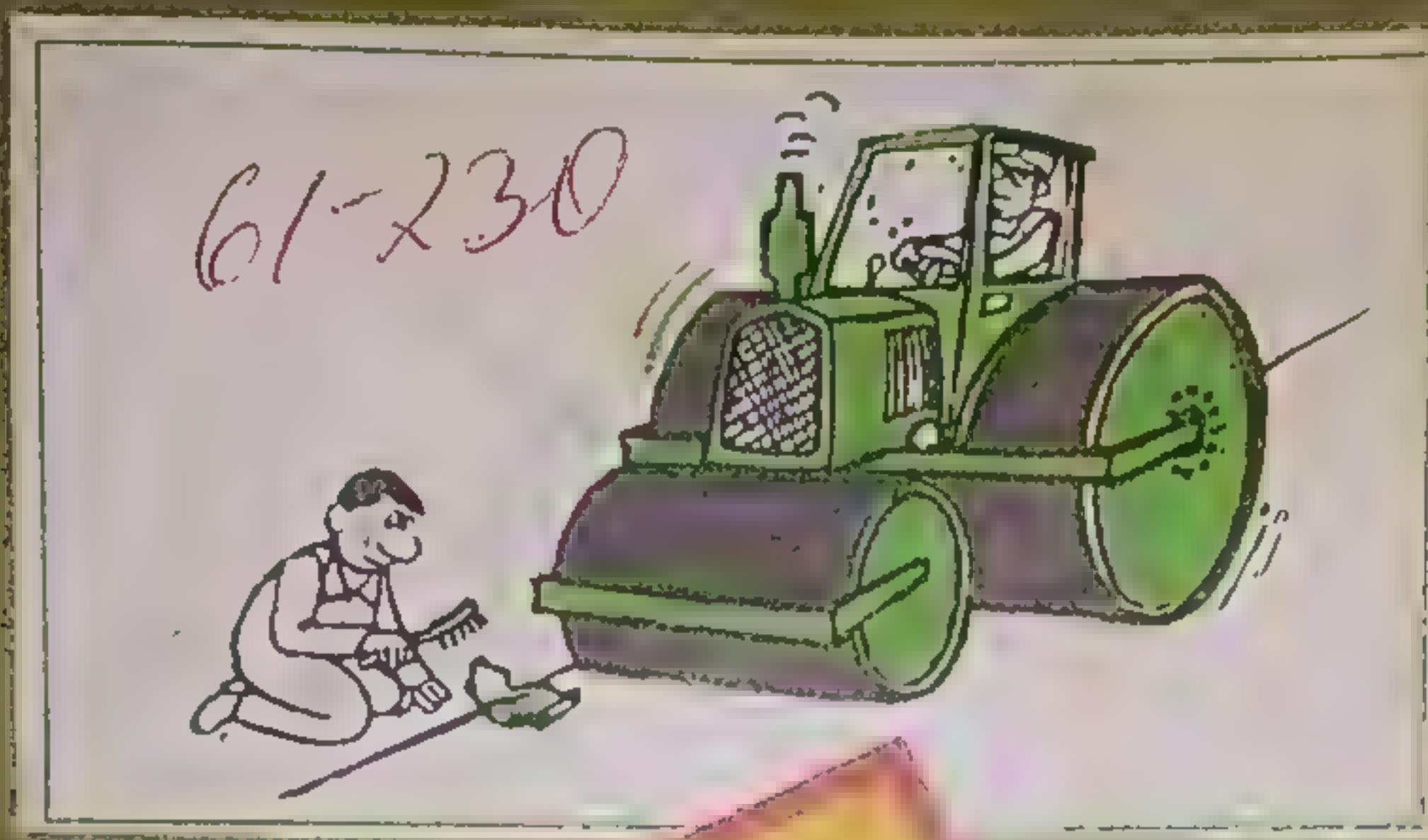
АЛЛЕРГИЯ: СТО ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ

Главный отраслевой редактор А. Нелюбов
Редактор В. Алгульян
Мл. редактор Л. Щербакова
Худож. редактор М. Гусева
Техн. редактор Н. В. Клецкая
Корректор В. В. Каночкина

ИБ № 9192

Сдано в набор 06.01.88. Подписано к печати 30.12.87. А13858. Формат бумаги 70×100¹/₁₆. Бумага кн.-журнальная. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,45. Уч.-изд. л. 4,67. Тираж 1303299 экз. Заказ 3649. Цена 15 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 886303.

Ордена Трудового Красного Знамени Чеховский полиграфический комбинат ВО «Союзполиграфпром» Государственного комитета СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли 142300, г. Чехов Московской области



5/92

Май

ТВОЕ ЗАОПОРОВЬЕ

Беседы
с учеными-
медиками



Болезни: течение,
прогноз,
предупреждение

Советы
и рекомендации
практических
врачей

ПОДПИСНОЕ ИЗДАНИЕ

Подписной индекс 70063

ПРОГНОЗ НА ИЮЛЬ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 1, 3, 14, 15, 21, 23, 26, 28

Дни благоприятные 4, 5, 6, 10, 13, 29

Дни повышенной конфликтности 2, 7, 8, 9, 12, 16, 24, 30, 31

Влияние на вашу волевою сферу [активность]

Дни, благоприятные для деловой жизни 4, 5, 6, 20, 27, 29

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 2, 7, 8, 9, 12, 17, 24, 31

Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 1, 3, 11, 14, 15, 16, 21, 25, 28, 30

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 6, 8, 9, 30

Дни меньшей продуктивности мышления 11, 15, 16, 20, 24, 25

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 5, 6, 11, 18, 19, 23, 27, 29, 31

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 1, 2, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 24, 25, 28

Дни повышенного травматизма 1, 2, 7, 8, 9, 12, 17, 21, 24, 28, 30, 31

В выпуске читайте:

ОБ ИСТОКАХ ВРАЧЕВАНИЯ
ПРЕСКЛЕРОЗ И АТЕРОСКЛЕРОЗ
О ТОМ, ЧТО ЛЕЧИТ

Издательство
«Знание»

авг-19

ББК 51.2

Т 27

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

П. ФЕОКТИСТОВ. Счастливы ли вы? (3)

Заочная школа пациента

И. БЕРЕЗИН. Болезни органов кровообращения (атеросклероз, атеросклероз сосудов мозга) (4)

Лечение: личный опыт

Л. КРАСОВ. Верить врачу или санитарке? «Мы еще подем на рыбалку». Друзья пастышпе и мнмые. Один в трех лицах. (Путь из бездны. Записки врача, вернувшего себя к жизни). Литературная запись Аллы Зиновьевой (17)

Взгляд в прошлое

Ю. МАРЧЕНКО. Имхотеп — величайший корифей древности (26)

Прогноз «Твое здоровье»

М. ЛЕВИН, Т. МИТЯЕВА. Июль (1)

Редактор В. ГОРШКОВ

ISBN 5-07-002535-X

© Издательство «Знание»,
«Твое здоровье», 1992 г.

Т 27

Твое здоровье (Выпуск V). — М.: Знание, 1992. — 32 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 5).

ISBN 5-07-002535-X

Основу выпуска составляет статья профессора И. П. Березина «Болезни органов кровообращения» о возможностях борьбы с атеросклерозом, в том числе сосудов мозга. Продолжается публикация личного опыта Леонида Ильича Красова «Путь из бездны. Записки врача, вернувшего себя к жизни» в литературной записи А. А. Зиновьевой. В рубриках — очерк Ю. Ф. Марченко о величайшем исцелителе древности и об истонах научной и народной медицины, прогнозы М. Левина и Т. Митяевой. Даны практические советы и рекомендации. Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4101000000

ББК 51.2

На первой стороне обложки:

актекская старуха-врачевательница применяет лекарственные растения.

Кодекс Флорентино

Научно-популярное издание

Художественный редактор Е. Васильева
Мл. редакторы Е. Гродко, Л. Щербакова
Технический редактор Н. Клецкая
Корректор Л. Иванова

ИБ № 12210

Сдано в набор 22.04.92. Подписано к печати 21.05.92. Формат бумаги 60×84^{1/8}. Бумага газетная. Гарнитура обыкновенная. Печать высокая. Усл. печ. л. 4,00. Усл. кр.-отт. 6,00. Уч.-изд. л. 4,67. Тираж 1 666 437 экз. Заказ 7274. С — 108. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 926305.

2-3-й заводы по 500 экз. (500 001—1 500 000 экз.).

Типография ордена Трудового Красного Знамени Издательского общества «Медиадел гвардия». Адрес АО: 103030, Москва, Суворовская, 21.

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

СЧАСТЛИВЫ ЛИ ВЫ?

Что такое счастье и насколько я счастлив? Очевидно, каждый из нас рано или поздно задумывается над этим вопросом.

Вы скажете, не смешно ли рассуждать о счастье, если известно, что невозможно выразить его сущность ни в нескольких словах, ни в специальных исследованиях. Счастье может означать и что-то одно, и почти все, и даже противоположности. Одни считают, что счастье — это безоблачное существование, другие — что это борьба, непрекращающийся бег к победе. Кто-то и обычный успех принимает за счастье, а кто-то считает, что счастье можно испытать, лишь карабкаясь к успеху, а добившись его — не ощутить себя счастливым. Наконец, склонные к абстрагированию понимают его как результат достигнутой гармонии между мерами ценностей. А может быть, счастье — это равновесие разумных желаний и возможности их удовлетворения? А может... а может быть... Действительно, понимание и определение счастья зависят от типа личности, индивидуальных пристрастий, мироощущения, но вместе с тем ему присущи некие общепринятые аспекты.

Оставим право философствовать мудрым. На бытовом уровне, понятном для всех, наверно, счастье — это глубочайшее удовлетворение от успехов, от признания окружающими их значимости. Когда человек счастлив, он душевно щедр, он свободен от желания делать пакости. Кто не думает о том, как сделать жизнь более счастливой, сравнительно скоро превращается в жалкое эхо чужих внушений или раба собственных пристрастий.

Наше время очень динамично. Мы несемся по жизни без оглядки, подчиняясь стабильному инстинкту: «видаки», машины, гаражи, дачи — все... Для кого-то изнурительный бег завершается в этом круговороте. Печально? Да. Остановись на миг, осмысли жизнь, определи свой «порт назначения» — и держи курс к нему!

Предлагаемый тест поможет не только оценить положение ваших дел на сегодня, но и выявить ваши упущения в движении к счастью. А теперь сам тест!

ТЕСТ

Определим показатель счастья как отношение «действительного» к «желаемому»:

$$p = \frac{\text{«действительное»}}{\text{«желаемое»}}$$

«Действительное», равно как и «желаемое», оценивается состоянием дел на сегодняшний день по ряду позиций.

Количество основных факторов, исчерпывающих круг человеческих устремлений, не более десяти:

- здоровье;
- семейные отношения;
- материальное положение;
- жизнище как совокупность места и условий проживания;

- социальный статус — ощущение своего общественного положения;
- работа (учеба);
- половой статус — успех у людей противоположного пола;
- увлечение (хобби).

Мы выделили восемь факторов, хотя их может быть и больше.

Попробуем установить свои собственные жизненные приоритеты, расположив факторы колонкой по мере убывания их значимости.

Проведем нумерацию в обратном порядке. Например, если здоровье на первом месте — поставим против него 8, и т. д., если увлечение на последнем месте — поставим 1. Это коэффициенты веса в вашей шкале жизненных ценностей.

Рядом с коэффициентами, против каждого фактора поставим оценку в пятибалльной системе: очень доволен — 5, хорошо — 4, так себе — 3, плохо — 2, совсем скверно — 1.

Произведем несложные арифметические действия: перемножим построчно коэффициенты веса и оценки и сложим полученные числа. Разделим полученную сумму на:

140, если вы выделили 7 факторов;

180, если 8 факторов;

225, если 9 факторов.

Далее смотрим приведенный ниже ответ — значение полученных от деления чисел.

* * *

Нетрудно заметить, что формула счастья сводится к простому выражению:

$$p = \frac{\sum_{i=1}^N x_i P_i}{N \sum_{i=1}^N x_i}$$

где x_i , P_i — коэффициент веса и оценка i -го фактора; N — количество факторов.

Если в результате деления получили число больше 0,9 — вы очень довольны жизнью, счастье сопутствует вам; если больше 0,7 и меньше 0,9 — живете хорошо, на жизнь не жалуетесь; если больше 0,5 и меньше 0,7 — посредственно, серо; если меньше 0,5 — вы несчастны, жизнь опостыела вам, задумайтесь, как выйти из кризиса. Интересно проследить динамику изменения показателя по годам: на 1992-й, 1993-й и т. д.

Ну а если вы счастливы и вам кажется, что нет стимула движению вперед? Ошибаетесь. Помните, что мысль, воображение неудовлетворимы. Пылкий дух человека вечно жаждет новых горизонтов!

П. Феокистов

ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ

И. П. Березин

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

АТЕРОСКЛЕРОЗ

Атеросклероз (от греческих слов «кашица» и «уплотнение») — переменная комбинация макро- и микроскопических повреждений интимы артерий, состоящих из очагового накопления липидов, сложных углеводов, крови и кровяных веществ, фиброзной ткани, кальциевых отложений и связанных с ними изменений меди. Атеросклерозом поражаются артерии эластического и эластомышечного типа: аорта, коронарные, церебральные, подвздошные, мезентериальные и почечные (Я. Ю. Утепов, 1989).

В какой-то мере понятие «атеросклероз» отражает не только сущность заболевания, но и его этиологию и патогенез. В связи с этим мы приводим еще два определения этого заболевания, раскрывая в определенной степени его происхождение. Исторически на первом месте была холестериновая теория его происхождения, а затем уже появились и другие этиологические и патогенетические аспекты происхождения атеросклероза. Мы проследим весь этот путь, что позволит нам предложить современные аспекты профилактики лечения этого грозного заболевания.

«Атеросклероз — хроническое очаговое поражение крупных и средних артерий, характеризующееся отложением и накоплением во внутренней оболочке артерий плазменных липопротеидов (ЛП) низкой и очень низкой плотности и сопровождающееся как структурно-клеточными изменениями, так и реактивным разрастанием соединительной ткани с образованием фиброзных бляшек в сосудистой стенке» (А. Н. Климов, 1986).

ЛП — это белково-жировые растворимые соединения, вырабатываемые в печени. Они предназначены для питания органов и систем человека. Различают ЛП очень низкой, низкой и высокой плотности. Первые два вида являются одной из причин развития атеросклероза. ЛП высокой плотности препятствуют образованию атеросклероза. Различают несколько видов гиперлипопротемий (см. табл. 1).

Таким образом, атеросклероз является общим заболеванием человека из группы расстройств обмена веществ, преимущественно липидного (жирового), с поражением артериальных сосудов крупного и среднего калибров.

Атеросклероз и связанные с ним осложнения — главная причина смерти людей в промышленно развитых странах. Его самые частые и тяжелые проявления — коронарные и церебральные — свойственны в наибольшей мере старшим возрастным группам населения.

Атеросклерозу предшествует начальная стадия, так называемый пресклероз. Это доклиническая форма атеросклероза, которая характеризуется прежде всего стойким увеличением холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ), снижением (по отношению к ХС) содержания лецитина в сыворотке крови, увеличением ЛП низкой плотности.

Из субъективных жалоб при пресклерозе можно отметить резко выраженные болевые ощущения в области сердца, головные боли, снижение работоспособности и другие симптомы.

ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

Их можно разделить на два вида: внешние и внутренние. К внешним, или социально-культурным, факторам риска следует отнести: малоактивный, насыщенный стрессами (точнее, дистрессами) и конфликтами образ жизни; потребление высококалорийной, богатой насыщенными жирами пищи; курение, употребление алкоголя, наркоманию и др. Внутренние факторы риска связаны преимущественно с изменениями физиологических и биохимических показателей, а также с заболеваниями. Среди них нарушение липидного, углеводного и белкового обменов, ожирение, подагра, артериальная гипертензия, неблагоприятная наследственность и целый ряд других не менее важных факторов, наличие которых определяется лабораторными обследованиями.

Причинными факторами, вызывающими атеросклероз, являются эмоциональный стресс (дистресс), особенно если он является продолжительным (затянувшимся), избыточное питание и уменьшение физической активности.

Установлено, что у лиц, предрасположенных к атеросклерозу, частота ишемической болезни сердца (ИБС) и мозговых инсультов в 2—3 раза выше, чем у основной массы людей. У родственников больных ИБС чаще поражаются коронарные (венечные) сосуды, а у родственников больных ишемическим инсультом — сосуды мозга.

Но вот новые экспериментальные исследования показали, что в происхождении атеросклероза, в

Таблица 1

Диетотерапия при гиперлипопротемиях (сводные данные многочисленных литературных источников)

Диета	Типы гиперлипопротемий					
	I	IIa	IIb	III	IV	V
Калории	+	+	+	—	—	+
Жиры общие	—	+	+	+	+	—
Холестерин	+	—	—	—	+	+
Насыщенные жирные кислоты	+	—	—	—	+	+
Углеводы	+	+	—	—	—	+

Примечание: — снижено содержание; + без ограничений

его этиологии и патогенезе играет роль не только холестерин, но и ряд других факторов.

А. А. Дзидинский (1990) дает такое определение атеросклерозу. По современным представлениям, атеросклероз — это различные комбинации изменений интимы крупных и средних артерий; очаговое накопление компонентов крови (жиров, белков и сложных углеводов) и развитие соединительной ткани, сочетающиеся с изменениями меди. Атеросклероз относится к группе дистрофически-склеротических процессов. Для атеросклеротических изменений артерий характерна локальность, очаговость процесса. Преимущественно страдают аорта и ее ветви, венечные артерии сердца, крупные артерии головного мозга.

Основные морфологические феномены атеросклероза следующие. 1. Жировые полоски (пятна) — это поверхностные желтоватые или желтовато-серые участки интимы, не изменяющие рельефа поверхности сосуда и не имеющие изменений в подлежащих слоях сосудистой стенки.

2. Фиброзные бляшки — ограниченные, плотные выпуклые выбухания интимы бледно-серого цвета. Такие бляшки выбухают в просвет сосуда, они в той или иной мере ограничивают кровоток по пораженному сосуду.

3. Осложненные повреждения — это фиброзные бляшки с изъязвлением, тромбозами или кровоизлияниями в бляшку.

4. Кальциноз или атерокальциноз — отложение в фиброзных бляшках кальция.

В клиническом плане атеросклероз — это стенокардия, инфаркт миокарда, внезапная смерть, нарушения ритма сердца и проводимости, сердечная недостаточность, преходящие нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторные энцефалопатии, инсульты, перемежающаяся хромота, симптоматические гипертензии и другие клинические синдромы. Смертность и инвалидность от атеросклероза выше, чем от таких распространенных заболеваний, как рак, диабет, инфекции и несчастные случаи, вместе взятые.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Холестериновая теория атеросклероза в настоящее время поколеблена. После длительного анализа полученных научных данных один из ведущих специалистов заключает: «...необходимо признать, что каких-либо достоверных данных, подтверждающих прямое влияние гиперхолестеринемии на развитие фиброзных бляшек и других атеросклеротических изменений у человека, нет, это предположение целиком основывается на данных экспериментального холестеринowego атеросклероза (Вихерт А. М. и др. — В кн.: Географическая патология атеросклероза. — М., 1981).

Если резюмировать все последние работы в этом направлении, можно сказать, что холестерин (липопротеиды, дислипопротеинемия) не является единственным главным фактором в этиологии и патогенезе атеросклероза.

КАК НАМ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ АТЕРОСКЛЕРОЗ С НОВЫХ ПОЗИЦИЙ

Экспериментально установлено, что, кроме гиперлипидемии, атерогенными свойствами обладает еще целый ряд физических, химических и биологических факторов (механическое и химическое повреждение интимы (внутренней оболочки сосуда), гипертензия, пристеночные тромбы, гипоксия,

эндотоксин, воздействие аптител или комплексов аптитело-антиген, психоэмоциональные стрессы). При этом установлено, что указанные факторы вызывают экспериментальный атеросклероз без дополнительного воздействия и при нормальном уровне липидов, характерном для каждого вида животных.

Весьма примечательно, что все указанные выше атерогенные факторы независимо от их характера вызывают однотипные (стереотипные) изменения сосудистой стенки в определенной последовательности: повышение проницаемости эндотелия и агрегация тромбоцитов, затем наступает пролиферация гладкомышечных клеток, накопление липидов внутри и внеклеточно, накопление соединительной ткани матрикса (протеогликаны, коллаген, эластин).

Удивительно, что развитие фиброзных бляшек может происходить, минуя стадию липидоза. Подобное может случиться при экссудации белков плазмы в интиму (очаговый отек), организации пристеночных тромбов и возрастном (локальном) утолщении интимы.

Атерогенные факторы экзогенного или эндогенного происхождения, действуя непосредственно или через медиаторы, вызывают изменения в сосудистой стенке и в первую очередь локальное повышение проницаемости эндотелиального барьера. Это, в свою очередь, приводит к агрегации тромбоцитов и контакту субэндотелиального слоя с компонентами плазмы и как результат — миграция и пролиферация гладкомышечных клеток.

В очагах последних идет накопление липидов и повышенный синтез мукополисахаридов, коллагена и эластина. Морфологическим проявлением этих процессов является образование липидных полосок. В одних случаях эти очажки бесследно исчезают или же остаются неизменными длительное время. При других ситуациях здесь увеличивается содержание коллагена и эластина, плазмы, белков и липопротеидов и в конечном итоге образуется фиброзная бляшка. Этому способствует в определенной мере увеличение проницаемости эндотелиального барьера.

В этом аспекте представляет интерес заключение проблемной комиссии по атеросклерозу Национального института сердца и легких США, где указано: «Атеросклеротическое поражение — это, по-видимому, реакция сосудистой стенки на повреждение» (Ньюмен, 1975).

Упомянутый нами выше А. В. Вихерт (1982) пишет: «Имеется несколько путей возникновения фиброзных бляшек, обусловленных первичными изменениями самой сосудистой стенки и не связанными с нарушениями липидного обмена».

Таким образом, по современным представлениям, атеросклероз — это мультифакторное заболевание, т. е. в его развитии участвуют как наследственные, так и средовые факторы, причем те и другие многочисленны.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Еще в 1975 г. В. П. Казначеев и А. А. Дзидинский отметили, что при атеросклерозе развивается капиллярно-трофическая недостаточность. Далее по мере развития атеросклероза повышается вязкость крови, обусловленная изменением содержания и функционального состояния форменных элементов (эритроцитов и тромбоцитов), белков и липидов крови.

Для больных атеросклерозом характерна наклонность крови к гиперкоагуляции, т. е. тромбофилии.

Гиперлипидемия, также имеющая место у этих больных, приводит к нарушению микроциркуляции, гемодинамике.

Таким образом, сам атеросклеротический процесс приводит к изменению макро- и микрогемодинамики и физико-химических свойств крови. Дополнительными факторами, ограничивающими органный кровоток, могут быть спазм артерий и недостаточность коллатерального кровообращения.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Задачи: а) предупреждение и лечение пресклероза; б) предотвращение образования новых бляшек (возможность обратного развития доказана только для липидных пятен); в) приостановление их роста; г) предотвращение перехода в осложненные повреждения; д) воздействие на микроциркуляцию с целью улучшения транскапиллярного обмена; ж) нормализация нарушенных физико-химических свойств крови.

Мало кому из читателей известно, что атеросклеротические бляшки появляются уже на втором десятилетии жизни человека, т. е. еще в детстве и юности. Поэтому первичная профилактика атеросклероза тесно связана с представлениями о гигиеническом воспитании, рационально построенном образе жизни людей, сохранении нормальной деятельности центральной нервной системы (ЦНС), нейрогуморальных механизмов регуляции обмена веществ и системы кровообращения.

Первичная профилактика направлена против социально-культурных и внутренних факторов риска.

Вторичная профилактика начинается после перенесенного инфаркта миокарда (и, конечно, ИБС) или инсульта. Она является по существу и лечебной. Однако здесь возникают два существенных вопроса: 1) достижимо ли обратное развитие (регрессия) или хотя бы остановка атеросклеротического процесса? 2) эффективны ли консервативные воздействия на стадии далеко зашедшего атеросклероза?

Экспериментальный материал показывает, что регрессии можно добиться многими путями: устранением факторов риска, увеличением физической активности, назначением лекарственных препаратов и т. д. Однако по мнению ряда авторов, строго доказанных данных о регрессии атеросклероза у человека или о замедленного прогрессирования под влиянием диетического или лекарственного лечения очень мало. Мы же на основании клинического опыта считаем, что регрессия атеросклероза возможна и можно остановить развитие атеросклероза, особенно на стадии пресклероза. Более того, в литературе описан ряд методов, положительно влияющих на регрессию атеросклероза.

Профилактические мероприятия должны начинаться еще до того, как развились необратимые изменения в сосудах и органах, желательно в доклиническом периоде атеросклероза.

Лечение атеросклероза независимо от периода заболевания и преимущественной локализации состоит из общих мероприятий, включающих режим с уменьшением первого напряжения. Следует рекомендовать отказ от дополнительных профессиональных нагрузок, систематический отдых и т. д. Исключительное значение придается рационально построенному двигательному режиму, занятиям гимнастикой, в том числе лечебной, и спортом.

НЕКОТОРЫЕ ОЗДОРАВЛИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Сразу же предупредим, что факторы риска, приводящие к заболеванию, в дальнейшем являются факторами, препятствующими оздоровлению. Поэтому ликвидация факторов риска здесь и при всех дальнейших описаниях заболеваний является непреложным условием на пути лечения.

Таким образом, при атеросклерозе следует без промедления расстаться с вредными привычками (курение, наркомания, алкоголь, систематическое нарушение режима труда и отдыха и т. д.). Избавляясь от вредных привычек, одновременно следует привести в соответствие здоровому образу жизни еще ряд направлений.

ДИЕТОТЕРАПИЯ

Питание для профилактики и лечения атеросклероза имеет важнейшее значение.

Мы уже неоднократно говорили, что сохранение здоровья, пути и эффективность выхода из различных заболеваний напрямую зависят от нашего питания. Есть рационы общеоздоровительного направления. Но есть такие, которые можно рекомендовать при конкретном виде заболеваний. Зная особенности питания в таких случаях, больной может оказать себе и лечащему врачу серьезную помощь в избавлении от недуга, при этом можно значительно снизить, а порой и полностью уйти от медикаментозных препаратов. С искренним желанием помочь больным лучше сориентироваться в подборе индивидуального рациона и написан этот раздел.

ПИТАНИЕ ПРИ ПРЕСКЛЕРОЗЕ И АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Назначение питания при таких заболеваниях многозначно: первичная профилактика (предупреждение заболевания); вторичная профилактика (содействие лечению возникших заболеваний; реабилитация (дать возможность обратного развития атероматозных отложений на стенках сосудов); не допускать перегрузки деятельности сердца, печени, почек; снизить массу тела при ее избыточности.

Диета применяется при наличии факторов риска названных заболеваний, во время этих болезней и может быть использована для приведения к норме массы тела.

Общая характеристика диеты. Она ограничивает применение животных жиров и легкоусвояемых углеводов, холестеринсодержащих продуктов, витамина D и поваренной соли. В ней увеличивается доля ненасыщенных жиров на общем фоне уменьшения абсолютного количества жиров. Удаляются из продуктов экстрактивные вещества и обогащается диета липотропными веществами, солями магния и витаминами E, A, C, PP, B₂, B₆. Мясо и рыба в отварном виде. Жарение исключается. Увеличение в рационе балластных веществ (клетчатки, пектина и др.). Блюда готовятся без соли. В готовые блюда поваренная соль может добавляться от 2 до 5 г в сутки. Но желательно от соли отказаться вообще, так как ее достаточно в готовых продуктах (хлеб, сыр и др.). Общее количество свободной жидкости в пределах 1 л.

Основу питания составляет овошно-фруктово-молочная (за счет кисломолочных продуктов) диета. Доли белков растительного и животного про-

неисключены примерно равны. Растительные белки могут быть получены за счет хлеба (желательно из муки грубого помола), круп, картофеля, гороха, фасоли и т. д. Белки животного происхождения — за счет тощего (нежирных сортов) мяса, рыбы, яичного белка, кислого молока, творога, сыра. Соотношение в диете жиров растительных и животных пополам. Растительные — за счет нерафинированных масел, семечек, орехов. Углеводы в диете за счет натуральных продуктов (овощи, фрукты, ягоды), сахар лучше заменить медом в ограниченном количестве (по 1 чайной ложке 2—3 раза в день). Общая калорийность диеты при нормальной массе тела должна покрывать суточный расход энергии. При избыточной массе тела калорийность снижается: при ожирении 1-й степени — на 20%, 2-й — на 30, 3-й и 4-й — на 40% от суточной. Диета предусматривает введение в организм необходимого количества витаминов, макро- и микроэлементов. Количество приемов пищи 5—6 раз в день.

Остановимся более подробно на содержании отдельных компонентов диеты.

Белок. Доказано, что дефицит белка в пище снижает устойчивость организма к стрессовым ситуациям. Поэтому диета предусматривает при таких заболеваниях оптимальное содержание белка — 0,8—1,0 г на килограмм массы тела. Более выраженный гипоcholesterинемический эффект диеты достигается при сочетании растительных и животных белков даже по сравнению с использованием в пище только растительных белков.

Жиры. Их оптимальное содержание в рационе должно быть в этой диете не более 0,8 г на килограмм массы тела. При этом не менее половины всех жиров должно приходиться на полиненасыщенные жирные кислоты. Увеличение потребления жиров в суточном рационе, при таких заболеваниях особенно, способствует гиперcholesterинемии и тесно связано с увеличением заболевания и смертности от ИБС в экономически развитых странах.

Содержащиеся в растительных маслах полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) — незаменимые факторы питания. Эфиры холестерина (ХС) с ПНЖК увеличивают обменные процессы холестерина в организме, способствуют снижению гиперcholesterинемии. ПНЖК приводят к снижению уровня липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови и уменьшают вредное воздействие рафинированных углеводов.

Дефицит ПНЖК увеличивает опасность внутрисосудистого тромбообразования.

Минеральные вещества

Они являются незаменимыми составляющими пищи даже для здорового человека. В случае заболевания требуется особое внимание к обеспеченности ими рациона. Дефицит минеральных веществ в пище (или в питьевой воде) сопровождается нарушениями жизненно важных функций организма. Повышение в структуре питания населения доли рафинированных продуктов способствует нарушению минерального баланса в организме. При ИБС особо важное значение имеет сбалансированность потребления натрия и калия. Дисбаланс между ними приводит к существенным изменениям внутренних процессов в организме человека. Для обеспечения физиологических потребностей человека в натрии вполне достаточно того количества, которое находится в натуральных продуктах питания. Количество ка-

лия в рационе желательно увеличить за счет смещения диеты в пользу растительных продуктов.

Кальций оказывает влияние на возбудимость миокарда, активацию ряда ферментов, регулирующих метаболизм жиров, увеличивает выведение холестерина и желчных кислот с калом. Дефицит кальция в диете сопровождается нарастанием гиперлипотемии. Пол-литра молока в сутки полностью обеспечивает физиологические потребности взрослых людей в кальции. Оптимальное усвоение кальция происходит при наличии в рационе фосфора в соотношении 1:1. Именно такое их соотношение в молоке и твороге.

Соли магния оказывают противосудорожное, успокаивающее и противоотечное действие. При его дефиците усиливается отложение кальция в сосудах, сердечной мышце и почках. Потребность в магнии взрослого человека легко удовлетворяется за счет растительных продуктов. Богаты магнием арбуз, морковь, свекла, красный перец, черная смородина, морская капуста и др.

Медь участвует в биохимических процессах, которые имеют прямую связь с возникновением сердечно-сосудистых заболеваний. Суточная потребность взрослого человека (2 мг) может быть хорошо удовлетворена за счет орехов, гречневой и овсяной круп, продуктов моря.

Необходимые организму кремний и цинк, оказывающие влияние на уровень холестерина в крови, также могут быть получены при употреблении в пищу широко известных растительных продуктов.

Хром препятствует отложению липидов (жиров) в сосудистую стенку и формированию атеросклеротической бляшки, нормализует толерантность к глюкозе за счет увеличения биологической активности внутреннего инсулина. Потребное количество хрома (0,2 мг в сутки) всегда имеется в смешанном рационе. Особо богаты хромом пекарские дрожжи, ржаная и пшеничная мука грубого помола, мясо, рыба, перловая и кукурузная крупы.

Марганец участвует в углеводном и жировом обменах, он необходим для синтеза инсулина. Введение марганца уменьшает гипергликемию. Источники марганца: зерновые и бобовые продукты, орехи, чай, кофе.

Йод связан с функцией щитовидной железы. Он оказывает влияние на регуляцию основного обмена, энергетiku и теплопродукцию организма, состояние центральной нервной системы, на эмоциональную сферу, деятельность сердечно-сосудистой системы, на углеводный, жировой и водно-солевой обмены. Необходимая доза йода — 0,5 мг в сутки. Йодом богаты морские продукты: рыба, креветки, мидии, морская капуста. В 10 г отварной морской капусты содержится 1,2—1,7 мг йода. В аптеках очень часто есть сухая морская капуста. В 100 г такой капусты содержится 200—220 мг йода.

ПОТРЕБНОСТЬ В ВИТАМИНАХ И ИХ ИСТОЧНИКИ

Витамин В₁ (тиамин). Суточная доза около 1 мг. Она может быть обеспечена за счет зерновых (крупы, хлеб из муки грубого помола и др.).

Витамин В₂ (рибофлавин), суточная потребность 1,2—1,4 мг. Источники: молочные продукты, мясо, рыба, гречневая и овсяная крупы, хлеб.

Витамин РР (ниацин) имеется также в крупах, хлебе грубого помола, бобовых и других продуктах. Суточная потребность 12—14 мг.

Витамин С содержится во фруктах, в ягодах, овощах (перец сладкий, шиповник, смородина, ли-

маты, анисовый, лук зеленый, картофель и т. д.). Суточная потребность 80 мг. При заболеваниях может быть увеличена до 100—120 мг и более (по назначению врача).

Витамин А. Потребность в нем 1,0—1,5 мг в сутки. Богаты витамином А: молочный жир, яичный желток, т. е. пищевые продукты, которые ограничиваются в рационе людей с названными выше заболеваниями. Поэтому в питание этих лиц более широко включаются продукты, богатые бета-каротином: морковь, сладкий перец, салат, петрушка, зеленый лук и многие другие.

Витамин Е требуется в дозе 15 мг в сутки. Его основным источником является растительное масло (соевое, хлопковое, подсолнечное, кукурузное и др.).

Пищевые волокна в большинстве своем не перевариваются и не всасываются в желудочно-кишечном тракте человека. Источники пищевых волокон (ПВ) — все продукты растительного происхождения. Основные представители ПВ — целлюлоза (клетчатка), гемицеллюлоза, пектин. Население, употребляющее пищу с высоким содержанием пищевых волокон, чрезвычайно редко болеет атеросклерозом и ИБС. ПВ способствуют выведению холестерина из организма и выполняют целый ряд очень важных воздействий на обменные процессы, предупреждают возникновение различных заболеваний, в том числе и онкологического характера.

ВАРИАНТ МЕНЮ НА ОДИН ДЕНЬ

(с антисклеротической направленностью)

Завтрак 1-й: каша овсяная на воде, творог — 100 г, масло сливочное — 5,0 г (в кашу), чай с молоком (молоко 50,0 г), 1 ч. л. меда, салат (вприкуску) — 50 г, овощи разные + лимонный сок (вместо соли).

Завтрак 2-й: свежее яблоко (100 г).

Обед: суп овощной вегетарианский (1/2 порции) — свежая капуста — 20 г, кабачки — 20, морковь — 12, горошек зеленый — 10, зелень — 2,5, растительное масло — 10 г (после приготовления), мясо отварное с тушеной морковью: мясо — 130 г, морковь — 150, масло — 5, мука — 3 г; отвар шиповника.

Ужин: отварная рыба: судак — 200 г, масло — 5 г; капуста тушеная: капуста — 150 г, томат — 10, бульон овощной — 30, растительное масло — 10 г.

Перед сном: чернослив — 50, кефир 200 + 1 ст. л. растительного масла + 1 ч. л. меда.

На весь день: хлеб ржаной — 100 г, или хлеб «Здоровье», или «Барвихинский». Полезны разгрузочные дни, краткосрочные вегетарианство и сыроедение на 1—2 недели.

ГИПОДИНАМИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗ

Гиподинамия снижает кровоток в сосудах и органах, создает «благоприятные» условия для развития атеросклероза. Представители физического труда достигают долголетия (90 лет и выше), почти в 2 раза чаще, чем представители умственного труда. По данным А. Г. Чеботарева с соавт. (1982), у людей физического труда реже встречается не только ишемическая болезнь сердца и атеросклеротического происхождения, но и артериальная гипертония. Указанные авторы пишут: «В настоящее время считается общепризнанным, что всесторонняя функциональная нагрузка органов и систем стареющего организма путем

поддержания высокого уровня двигательной активности не только препятствует процессам преждевременного старения, но и приводит к структурному и функциональному совершенствованию тканей и органов, улучшению нейрогуморальных механизмов регуляции».

Они же указывают, что, по установленным данным, в пожилом и старческом возрасте гиподинамия отрицательно сказывается на функциональном состоянии различных органов и систем, течений обменных процессов. Создается своеобразный порочный круг: с одной стороны, старение ограничивает мышечную активность человека, а с другой — возрастная гиподинамия, в свою очередь, может способствовать преждевременному старению.

Отрицательное влияние гиподинамии вполне объяснимо с позиций современной концепции о значимости моторно-висцеральных рефлексов (Могендович М. Р., 1968; Муравов Н. В., 1973 и др.), согласно которой каждое движение является не только результатом нервных импульсов, но и причиной возникновения множества сигналов, которые поступают в двигательный аппарат в различные органы и системы организма, стимулируют их работу и ускоряют обменные и энергетические процессы. Эта своеобразная отдача каждого двигательного акта несет трофический заряд, усиливающий восстановительные процессы, обновление деятельности тканей, что повышает их функциональные возможности.

Клинико-физиологические исследования ряда авторов (например, Чеботарева с соавт., 1982) свидетельствуют, что у людей, систематически занимающихся физическим трудом, с возрастом более медленно снижается мышечная сила, физическая работоспособность, более высокая толерантность (переносимость) к физической нагрузке. Под влиянием систематических физических упражнений происходит интенсификация обменных процессов, повышается экономичность использования кислорода, снижается «калорийная стоимость» выполняемой работы.

Активный двигательный режим оказывает положительное влияние на центральную нервную систему, в результате его воздействия значительно улучшается состояние сердечно-сосудистой системы, возрастает приспособляемость органов кровообращения к физическим нагрузкам, повышается устойчивость к стрессовым ситуациям и другим неблагоприятным факторам внешней среды.

Регулярная мышечная работа, способствуя нормализации массы тела, приводит к снижению уровня холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), суммарной, фракции липопротеидов очень низкой и низкой плотности (ЛПОНП и ЛПНП), свободных жирных кислот, при этом увеличивается количество липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и холестерина ЛПВП.

Физические тренировки оказывают нормализующее влияние на липидный спектр в любом возрасте, что обосновывает необходимость создания рациональных тренировочных программ и для лиц пожилого возраста как действенной части восстановительного лечения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы атеросклеротического происхождения.

Физическая активность повышает толерантность к глюкозе, улучшает функциональное состояние системы свертывания и фибринолиза крови, препятствуя таким образом тем изменениям, которые также могут способствовать развитию и прогрессированию атеросклероза.

Мышечная деятельность физических упражнений является эффективным лечебно-профилактическим

ческим мероприятием при патологии системы кровообращения атеросклеротической природы, следовательно, предупреждает преждевременное старение.

Интенсивная работа мышц приводит к сгоранию значительного количества жира (по некоторым данным, до 500 г в сутки), что тормозит развитие «алиментарного» атеросклероза. Физическая активность стимулирует функцию щитовидной железы и скорость окислительных процессов, а это также способствует предупреждению атеросклероза. Установлено, что физические упражнения могут полностью нейтрализовать атерогенное влияние богатой жирами высококалорийной пищи и сидячего образа жизни, снижая в крови уровень триглицеридов, холестерина и бета-липопротеидов, увеличивая катаболизм холестерина. Таким образом, регулярную физическую активность можно рассматривать как один из существенных факторов, задерживающих прогрессирование атеросклероза и имеющих поэтому большое значение в профилактике этого заболевания.

ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ ПРИ ПРЕСКЛЕРОЗЕ И АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Какие же физические нагрузки наиболее применимы при названных заболеваниях? На этот вопрос лучше всего получить ответ в поликлинике у врача ЛФК, который назначит их с учетом индивидуального состояния здоровья пациента. Мы же со своей стороны можем рекомендовать на первом этапе дозированную ходьбу с постепенным наращиванием скорости и расстояния, выполнению легких дыхательных и физических упражнений из комплекса утренней гигиенической гимнастики. При этом необходимо постоянно вести дневник самоконтроля. Рекомендации на этот счет даны (Твое здоровье. — 1989. — № 2).

По мере укрепления физического состояния можно постепенно переходить к большей нагрузке, включать общеразвивающие упражнения статического и динамического характера, чередующиеся с дыхательными упражнениями. Освоение дыхательных упражнений описано в Приложении № 1, в котором надо особое внимание обратить на последний абзац текста.

В дальнейшем физические нагрузки можно разнообразить в зависимости от возможностей и сезона. Можно включать плавание, лыжные прогулки, ближний туризм, дружеские встречи по теннису, волейболу и другим подвижным играм.

Следует избегать любых видов спорта с целью состязательной направленности.

Все физические нагрузки должны выполняться на положительном эмоциональном настрое. Предпочтительнее ориентироваться на пластику движений, на увеличение их амплитуды, выработку выносливости и силы, избегая резких движений с большими отягощениями. Выполнение упражнений с допустимыми отягощениями не должны вызывать срывов дыхательного ритма.

Физические упражнения должны чередоваться с расслаблениями. На первых порах время расслабления должно быть значительно больше времени нагрузок. Паузы расслабления лучше проводить после каждого вида (комплекса) упражнений. Затем время на расслабление можно уменьшать, паузы делать по мере заметного учащения дыхания или выхода частоты сердечных сокращений к границе допустимого (см. начало Приложения). Заканчивать физические нагрузки в лю-

бом случае необходимо расслаблением всех групп мышц.

Холодовые закаливающие процедуры выполнять только после достаточного остывания тела и отдыха.

Предостережение

Систематические силовые перегрузки, а также кратковременные, но резкие физические нагрузки сопровождаются обычно повышением артериального давления крови, содержания в ней холестерина, адреналина и норадреналина, оказывают неблагоприятное влияние и способствуют развитию атеросклероза.

РЕЖИМ ТРУДА И ОТДЫХА

Этому вопросу должно быть уделено серьезное внимание. Он детально разобран (Твое здоровье. — 1989. — № 2).

ТРАВОЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПРЕ- И АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

1. Береза. Почка: 10 г сухих почек на 1 стакан воды, кипятить 15 мин. Прием по 1 столовой ложке 3—4 раза в день. Листья: 10—15 г свежих листьев на 1 стакан кипятка, настаивать 4—5 ч. Принимать по 1 столовой ложке 4—5 раз в день.

2. Боярышник. Свежие плоды — в любом виде. Настой: 20 г сухих плодов на 1 стакан кипятка, кипятить 10—15 мин. Прием по 1 столовой ложке 3 раза в день. Настойка (аптечный препарат) принимать по 20—30 капель 3 раза в день до еды.

3. Хвощ полевой: 20 г сухой измельченной травы на 1 стакан кипятка настаивать 20 мин. Принимать по $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ стакана 3 раза в день после еды.

4. Шиповник. Плоды (свежие и сухие, молотые) — в любом виде. Чай: 1 столовая ложка сухих измельченных плодов на 2 стакана кипятка, кипятить 8—10 мин, настаивать 4 ч. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 3—4 раза в день.

5. Мать-и-мачеха. Листья: 1 столовая ложка сухих измельченных листьев на 1 стакан кипятка, настаивать 30 мин. Прием по 1 столовой ложке 4—6 раз в день.

6. Одуванчик. Корни и трава: 6 г сухого измельченного сырья на 1 стакан воды, кипятить 10 мин, настаивать 30 мин. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день до еды.

7. Подорожник. Сок (аптечный препарат) — по 1—2 столовые ложки 3 раза в день за 20 мин до еды. Пантаглоцид (гранулы, аптечный препарат) — по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложке на $\frac{1}{4}$ стакана теплой воды. Принимать 3 раза в день за 20 мин до еды. Настой: 10 г сухих измельченных листьев на 1 стакан кипятка, настаивать 15 мин. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день за 20 мин до еды.

8. Рябина черноплодная. Плоды в любом виде.

9. Тысячелистник. Трава: 15—20 г сухой измельченной травы на 1 стакан теплой воды, кипятить 15 мин, настаивать 1 ч. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день до еды.

10. Девясил. Корни и корневище: 20 г сухого измельченного сырья на 1 стакан воды, кипятить 30 мин. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день до еды.

11. Черемша (колба, лук победный), другие виды лука. В любом виде.

12. Чеснок. В любом виде.

13. Клюква. Плоды в любом виде.

14. Земляника. Листья и плоды: 20 г сухого измельченного сырья на 1 стакан кипятка, кипятить 10 мин, настаивать 2 ч. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день. Свежие плоды в любом виде.

15. Лаковика. Плоды в любом виде. Листья, настой: 2 чайные ложки сухих измельченных листьев на 1 стакан кипятка, настаивать 20 мин. Принимать за 3 приема в день.

16. Смородина черная. Плоды свежие, сухие в любом виде. Листья: 3–5 г сухих листьев на 1 стакан кипятка, запаривать 10–20 мин. Принимать по 1/2–1 стакану 2–3 раза в день как чай.

17. Слива (чернослив), груша, яблоки. В любом виде, включая свежие соки.

18. Арбуз. В любом виде.

19. Кануста, гречиха, кукуруза, редька. В любом виде.

Противосклеротический чай. Сбор № 1: трава руты душистой — 5 г, трава будры плющевой — 5 г, земляника лесная (плоды), — 10 г, Melissa лекарственная (трава) — 5 г, хвощ полевой (трава) — 10 г, зверобой продырявленный (трава) — 10 г, мать-и-мачеха (лист) — 10 г, роза белая (лепестки) — 20 г, тимьян ползучий (трава) — 20 г, укроп огородный (семена) — 20 г, сушеница лесная (трава) — 30 г, пустырник пятилопастный (трава) — 30 г. Заваривать по 5–6 г смеси на 0,5 л кипятка, томить 30 мин и принимать по 150 мл 3 раза в день за 10–15 мин до еды. Плещично следует заварить и принимать два следующих сбора.

Сбор № 2: березовые почки — 5 г, лепестки белой розы — 10 г, трава душицы лекарственной — 10 г, плоды мордовника обыкновенного — 10 г, корень солодки голой — 10 г, семена льна — 20 г, плоды малины — 20 г, трава душицы обыкновенной — 20 г, листья мать-и-мачехи и подорожника большого — по 20 г, трава хвоща полевого, шалфея, сушеницы, буквицы — по 30 г, семена укропа — 30 г, плоды аниса — 30 г, цветки бессмертника песчаного — 30 г.

Сбор № 3: листья белой березы — 10 г, лепестки белой розы — 10 г, трава душицы лекарственной — 10 г, семена мордовника обыкновенного — 10 г, корень солодки голой — 10 г, цветки льны сердцевидной — 20 г, плоды малины обыкновенной — 10 г, трава душицы обыкновенной — 20 г, листья мать-и-мачехи и подорожника большого — по 20 г, трава полевого хвоща, буквицы, Melissa лекарственной, пустырника пятилопастного — по 30 г, топяной сушеницы — 60 г, семена и трава укропа — 30 г, плоды аниса — 30 г, плоды боярышника кроваво-красного — 40 г, толченые плоды шиповника — 50 г, цветки бессмертника песчаного — 50 г.

Пояснения. Особенно важна роль растений этой группы в профилактике пре- и атеросклероза. Они могут составить основу геронтологической фармакопрофилактики как средства борьбы с ускорителями старости, борьбы за здоровую старость. Здесь необходимо делать упор на использование растений как существенного (даже преобладающего) компонента пищевого рациона (в виде чая, салатов, супов, соков и т. д.). Растения для лечения атеросклероза применяются преимущественно в качестве средств поддерживающей и противорецидивной терапии. Основоположающие принципы их использования — «от простого к сложному» и индивидуальный подбор. Можно комбинировать с растениями общеукрепляющего действия и в необходимых случаях — со специфическими средствами.

Таким образом, на первом плане общеоздоровительные мероприятия в плане ЦСНН (см.:

Твое здоровье. — 1989. — № 2), сюда входит диета с целью нормализации избыточного веса, поддержания липидов и углеводов; постоянная физическая активность с учетом индивидуальной толерантности к физическим нагрузкам; устранение факторов риска и т. д.

МЕДИКАМЕНТЫ

Фармакотерапия (лекарственное лечение) включает в группу препаратов: гиполипидемические (т. е. нормализующие жировой обмен: дезагреганты), т. е. вещества, нормализующие свертываемость крови; вещества, воздействующие на сосудистую стенку.

Применять препараты рекомендуется при увеличении холестерина до 280 мг и триглицеридов (нейтральные жиры) при 200 мг%. Если нет возможности определить тип гиперлипидемии, достаточно определить два показателя: холестерин и триглицериды.

Клофибрат более эффективен при гиперхолестеринемии, а никотиновая кислота — при гипертриглицеридемии.

Таблица 2

Фармакотерапия гиперлипидемий (сводные данные литературы)

Доза препарата, длительность	Типы гиперлипидемий					
	I	IIa	IIb	III	IV	V
Гепарин 10 000 ед п/к Никотиновая кислота 3,0–5,0 г 2–3 мес.	+	—	—	—	—	—
Клофибрат 1,5–2,0 г 2–3 мес.	—	+	+	+	+	+
Холестирамин 12,0–36,0 2–3 мес.	—	—	+	+	+	—
	—	+	—	—	—	—

Примечание: + показано, — не показано.

Воздействие на систему гемостаза и реологию крови

При склонности к повышенной агрегации тромбоцитов можно применить аспирин, курантил и пентоксифиллин (трентал). Воздействие на сосудистую стенку (ее проницаемость, адгезию и агрегацию тромбоцитов) ограничиваются пока одним препаратом — ангиитинном (продектин, пармидин). Он должен назначаться не менее чем на 1,5 года непрерывного приема.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Основные направления влияния физических методов при атеросклерозе любой локализации за-

включается, во-первых, в действии на нарушенный обмен и сосудистую трофику, во-вторых, в устранении или уменьшении гемодинамических расстройств и в развитии резервов кровообращения в органах. Ваш лечащий врач совместно с физиотерапевтом назначат вам ряд физиотерапевтических и бальнеологических процедур.

РЕКОМЕНДАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Диетотерапия. Рекомендуется в основном сырая растительная пища. Много сырых семечек и орехов, проросших семян. Растительное масло, полученное холодным выжиманием, особенно подсолнечное, оливковое, прием ежедневный.

Избегать гидрогенизированных жиров и избыточного потребления насыщенных жиров. Избегать мяса, соли, рафинированных и прошедших производственную обработку продуктов. Особенно надо избегать белого сахара и муки и продуктов из них. Доказано, что последние вызывают повреждение артерий и заболевания сердца. Избегайте переедания и ожирения — непосредственных причин атеросклероза.

Повторные короткие соковые голодания (см.: Твое здоровье. — 1990. — № 7) от 7 до 10 дней. Упражнения на свежем воздухе (сидячий образ жизни — один из основных факторов риска атеросклероза!). Избегайте душевных потрясений и беспокойства — также важных факторов риска развития атеросклероза. Избегайте источников отравления металлами — алюминием, медью, свинцом и т. д. Прекратите курить и пить алкогольные напитки.

Витамины и добавки (прием ежедневно).

Витамин С — в больших количествах — до 3 г.

Комбинация биофлавоноидов (рутин; кверцетин, гесперидин) — 300—600 мг.

Витамин Е — 600—1200 МЕ.

Лецитин — 2 ст. л. гранул.

Масло семечек льна — 2 ст. л.

В-комплекс — натуральный (пивные и хлебные дрожжи).

Добавки: хром (находится в сыром сахаре, сорго сахарного тростника и натуральной жесткой воде).

Ниацин (витамин РР, никотиновая кислота) — 100—500 мг (под врачебным наблюдением!).

Инозитол — 500 мг. Холин — 500 мг. Магний — 400 мг. Кальций — 500 мг. Морские водоросли — 1 ст. л. или 5 таблеток в день.

Соки. Любые: свежие, сырые овощные и фруктовые, по сезону. Особенно хороши соки цитрусовых, ананаса.

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ МОЗГА

Атеросклероз сосудов мозга чаще всего развивается на фоне общего атеросклероза. В основе системного заболевания сосудов мозга лежит нарушение в основном липидного (холестеринового), а также белкового, углеводного, водно-солевого обменов, имеют также значение эндокринные расстройства, наследственная и конституциональная отягощенность.

Атеросклероз артерий головного мозга — нередкое явление у лиц старше 60 лет. Чаще, раньше и в более выраженной форме он наблюдается при сочетании атеросклероза и гипертонической болезни.

Факторы риска, предрасполагающие к развитию ранней сосудистой патологии мозга, обусловленной атеросклерозом: артериальная гипертензия,

гиперлипидемия, курение, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания (ИБС), наследственность, семейная предрасположенность, сахарный диабет, психоэмоциональный фактор, возраст, гиподинамия, жесткость воды (жесткая вода обладает предохраняющими свойствами, содержит соли кальция и магния), применение пероральных контрацептивов у женщин.

При поражении крупных церебральных (мозговых) артерий отчетливо снижается память, главным образом на недавние события, уменьшается умственная работоспособность; больные быстро утомляются, не могут длительно сосредоточивать внимание на одном и том же, становятся эмоционально лабильными, нередко жалуются на бессонницу, головные боли, головокружение при быстром переходе из вертикального в горизонтальное положение, особенно из горизонтального в вертикальное. При выраженном атеросклерозе мозговых артерий заметно изменяется личность больного, его поведение, могут наблюдаться различные психические расстройства.

Микроциркуляция

Нарушение микроциркуляции — один из ведущих механизмов изменения мозгового кровообращения при ранних стадиях атеросклероза. Обычно расстройство микроциркуляции делит на внутрисосудистые и внесосудистые изменения.

Среди внутрисосудистых патологических нарушений микроциркуляции одним из наиболее важных считают феномен «сладжа» или агрегации эритроцитов и других форменных элементов.

Следует различать агрегацию форменных элементов крови (по преимуществу эритроцитов) и их агглютинацию. Первый процесс является обратимым в отличие от второго, необратимого и связанного с основными иммунными феноменами. Развитие сладжа представляет собой крайнюю степень выраженности агрегации форменных элементов крови. Основными особенностями сладжированной крови следует считать прилипание друг к другу эритроцитов, лейкоцитов или тромбоцитов и нарастание вязкости плазмы. Это приводит к такому состоянию крови, которое затрудняет ее перфузию через микрососуды (А. М. Черных с соавт., 1975).

К другим внутрисосудистым нарушениям микроциркуляции относятся нарушения коагуляции крови и тромбоэмболии, а также изменения скорости кровотока, т. е. нарушение перфузии через микроциркуляторное русло.

К внесосудистым изменениям относят повреждения окружающей микрососуды соединительной ткани и паренхиматозных клеток органов, реакцию тучных клеток на патологические стимулы, отек и нарушение лимфообразования в окружающей микрососуды ткани.

Примерами нарушения самих сосудов могут быть: повреждение и изменение формы эндотелия в стенках микрососудов, нарушение артериовенозного соотношения, неравномерность калибра сосудов, сетчатая структура микрососудов и др.

По данным В. Ф. Богоявленского (1970, 1972), у больных атеросклерозом при прогрессировании заболевания наблюдались расстройства микроциркуляции и реологических свойства крови, а также явления сладжа.

Цефалгический синдром

По данным В. В. Трошина, Н. М. Малжидова (1985), головные боли наблюдались у 95% больных цереброваскулярной патологией. Иногда го-

головные боли носят мигренозный характер. Г. А. Акимов (1985) описывал при начальной цереброваскулярной патологии тупые, распирающие головные боли (локальные и общие), постоянные и приступообразные, ощущение «тяжести в голове». Е. Г. Дубенко (1989) у наблюдаемых им больных начальной атеросклеротической энцефалопатией головные боли различного характера и степени выраженности и длительности зарегистрировал в 71,4% случаев. Частоту головной боли при атеросклерозе сосудов головного мозга он объясняет, с одной стороны, возникающими вазомоторными нарушениями вследствие атеросклеротического поражения сосудов, а также в результате вегетососудистой дистонии, с другой — частыми психоэмоциональными нарушениями, приобретающими тревожный, депрессивный, психоневротический характер.

Ранние вестибулярные расстройства

Вестибулярные нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга часто бывают самыми ранними симптомами начинающегося заболевания.

Головокружения усиливаются при перемене положения головы (запрокидывания головы назад и в стороны), особенно в случае сочетания атеросклеротической патологии с шейным остеохондрозом.

Вегетативные расстройства у больных при начальных формах атеросклероза сосудов головного мозга наиболее часто выявляются в виде перманентных и пароксизмальных нарушений, преимущественно в сердечно-сосудистой системе. Основными жалобами являются головные боли, сердцебиение, боли в области сердца, ощущение нехватки воздуха, чувство зябкости, озноб, онемение в кистях и стопах.

Для уменьшения выраженности синдрома вегетативной дистонии применяют комплекс препаратов, содержащих адреноблокаторы (альфа-адреноблокаторы — фентоламин, тропafen, пирроксан и др.; бета-адреноблокаторы: апаприлин, бекзодиксин и др.), транквилизаторы (диазепам, тазепам и др.) и антидепрессанты (имизин, амитриптилин и др.).

ПРОФИЛАКТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ МОЗГА

Так как атеросклероз протекает волнообразно, со сменой фаз активации и регрессирования процесса, важное значение имеет не только его первичная профилактика (предупреждение самого заболевания), но и вторичная профилактика — предупреждение прогрессирования атеросклероза и его осложнений, в данном случае — инсульта и других патологических изменений.

Первичная профилактика атеросклероза сосудов мозга вкладывается в строгое выполнение всех позиций ЦСНП (см.: Твое здоровье. — 1989. — № 2). К первичной профилактике атеросклероза относятся также меры предупреждения и своевременного лечения способствующих развитию атеросклероза заболеваний эндокринной системы — гипотиреоза, сахарного диабета и других болезней обмена веществ, профилактики гипертонической болезни. Лица, уже страдающие такими заболеваниями, а также лица с наследственной отягощенностью по атеросклерозу должны соблюдать меры личной профилактики в концепции ЦСНП. Более строго ограничивать количество животных жиров и белков, калораж послед-

них должен в общей сложности (и животных и растительных жиров) составлять не более 15% всего суточного калоража пищи (здоровым разрешается до 25%).

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Дифференцированная физпотерация, нормализуя тонус церебральных сосудов, улучшая общую и церебральную гемодинамику, подчас не уступает медикаментозному лечению. Электрофорез йода и новокаина следует назначать больным с выраженной вазомоторной лабильностью, при головокружении, шуме в ушах, головной боли. Электрофорез гепарина эффективен у больных при сочетании нарушений процесса свертываемости крови с венозной энцефалопатией. Гепарин в количестве 25 000 ME растворяют в 20 мл дистиллированной воды, вводя с отрицательного полюса. Процедуру проводят через день. Электрофорез никотиновой кислоты назначают больным с недостаточностью кровообращения, проявляющегося головной болью, головокружением, шумом в голове, при склонности к вегетативно-сосудистым кризам. Можно также вводить стугерон. Проводят иглорефлексотерапию.

Положительный эффект достигается применением массажа по воротниковой методике. Хорошо применить электросон в сочетании с массажем.

Тепловые процедуры на заднешейный отдел (застывший, негорячий парафин или азокерит), легкие динамические токи по Н. Н. Великанову (1988).

Больным с начальными проявлениями церебрального атеросклероза необходим активный двигательный режим, включающий гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику, ближний туризм, дозированные прогулки, спортивные упражнения и игры.

Мы рекомендуем этим больным 7—10-суточное лечебное соковое голодание (см.: Твое здоровье. — 1989. — № 2; 1990. — № 7), а также периодически соблюдать нестрогое вегетарианство, например, в течение 3 дней в неделю, а также разгрузочно-ювенологическую диету (периодически — 3 дня каждого месяца).

Лечебные комплексы восстановительного лечения больных с начальными формами цереброваскулярной патологии с преимущественным применением рефлекторных методов воздействия, такие, как все виды рефлексотерапии, монотерапия по биологически активным точкам (БАТ), микроэлектрофорез, синусидальная модулированная терапия (СМТ), ультразвуковая терапия по БАТ и различные виды массажа, психотерапия и ЛФК. По данным А. М. Свергузова (1990), положительный эффект был в 2 раза выше по сравнению с одним медикаментозным лечением.

Разгрузочно-ювенологическая диета, которую мы предлагаем, доступна практически каждому. Но в основе своей она предназначена для тех, чей возраст перешагнул границу среднего. Путем активного воздействия на обмен веществ, профилактикой возрастозависимой патологии, антисклеротической и антиоксидантной направленностью эта диета способствует очищению организма, мобилизации его резервов, оздоровлению и тем самым продлению жизни.

Диета разгрузочно-ювенологическая может быть рекомендована также с целью профилактики и лечения атеросклероза, ожирения, сахарного диабета, подагры и ряда других заболеваний, а так-

же при отклонении от нормы в работе различных органов и систем. Она может быть применена и в тех случаях, когда есть необходимость ограничивать общую калорийность, количество белков, соли и сахара вне зависимости от патологии.

В связи с тем что диета имеет серьезные ограничения как по энергетическому, химическому, так и по количественному потреблению продуктов, она может быть назначена только врачом-специалистом на определенный срок. Продолжительность диеты и момент отмены врач устанавливает на основании состояния пациента и результатов лабораторного обследования.

Общая характеристика диеты

Разгрузочно-ювенологическая диета предусматривает значительное снижение суточной калорийности пищи в сравнении с обычным питанием. Потребление белков, жиров и углеводов в ней дается на близком к пороговому уровню, обеспечивающем нормальные физиологические процессы в организме человека. Содержание незаменимых аминокислот, микро- и макроэлементов и витаминов должно быть обеспечено как и при обычном питании, а количество некоторых витаминов целесообразно для активации обменных процессов даже несколько увеличить (особенно витамина С).

Вся пища готовится либо в сыром виде, либо отваривается на пару или в малом количестве воды. Поваренная соль в качестве добавки в блюда исключается. Супы только вегетарианские. В диету желательно как можно больше включать натуральных продуктов или подвергавшихся минимальной промышленной обработке. По возможности следует исключить рафинированные продукты.

КАЛОРИЙНОСТЬ И ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПИЩИ

В суточном рационе предусмотрено на 1 кг веса человека белка — 0,5 г, жиров — 0,5 г (из них половина животных и столько же растительных). Общее количество углеводов на сутки в пределах 180 г. Суточная калорийность питания 1000—1200 ккал. Витамины (в мг): А — не менее 2, В — 2—4, РР — 30, Е — 20—30, С — 1,0—1,5 г в сутки. Микро- и макроэлементы (в мг): кальций — 800, фосфор — 1000—1500, натрий — 300—500, хром — 2—2,5, медь — 2, кобальт — 0,1—0,2, молибден — 0,5, железо — 15, селен — 0,5, фториды — 0,5—1,0, йодиды — 0,1—0,2.

Для удовлетворения суточной потребности в витаминах и минеральных веществах в питании надо больше использовать зелень, овощи, фрукты, ягоды, бобовые, молоко и молочные продукты. В них минеральные элементы содержатся преимущественно в легкоусвояемой форме и сбалансированном соотношении между собой и витаминами. Витaminaми богаты пекарские дрожжи. Очень хорошо использовать продукты моря (морская капуста, мидии, кальмары, крабы, креветки, па-ста «Океан» и др.).

Кроме указанного питания, в плане нормализации обмена веществ можно использовать рекомендуемые Институтом питания АМН СССР и Институтом геронтологии поливитаминные препараты «Декамевит», «Ундевит», «Гексавит», «Гендевит» и др.

Перечень рекомендуемых блюд

Блюда	Ассортимент продуктов	Способ приготовления
Хлеб и хлебные изделия	Хлеб отрубной, ржаной, пшеничный. Хлеб «докторский» и др.	Желательно бес-солевой. Выпечка предыдущего дня
Супы	Овощи, крупы, фрукты	Вегетарианские, молочные, непротертые
Блюда из рыбы	Нежирные сорта	В вареном виде
Блюда и гарниры	Всякие. Очень хорошо: свежая мор-ковь	Сырые овощи, вареные
Блюда и гарниры из круп	Крупы всякие (рекомендуется овсянка), бобовые исключаются, кроме сои	В вареном виде
Блюда из яиц	Яйца. По 1 яйцу 2 раза в неделю	Белковый паровой омлет, всмятку
Фрукты, ягоды, сладкие блюда	Фрукты, ягоды спелые. Исключаются: сахар (включая мед), пирожные, сливки, сливочное мороженое, конфеты, шоколад и др. Фрукты, содержащие более 12% сахара (виноград и др.) в ограниченном количестве	В сыром виде
Молоко и молочные продукты	Творог (обезжиренный), простокваша, молоко, кефир, ацидофилин, йогурт	Кисломолочные продукты предпочтительнее
Соусы и пряности	Исключаются	
Закуски и острые и соленые жиры	Исключаются	
Напитки	Только растительное и сливочное масло. Пекрепкий чай, чай с молоком, фруктовые соки, компоты без добавления сахара	Добавляются в готовые блюда

Направление таких больных на курорт имеет профилактическое и лечебное значение. Больные I стадии заболевания могут лечиться на курортах в любой климатической зоне. Используют сульфидные, йодобромные, радоновые, углекислые, хлоридно-натриевые, кислородные, азотные ванны. При этом необходимо учитывать, что одни ванны больше действуют на гемодинамику (сульфидные, углекислые, радоновые), другие — на состояние высшей нервной деятельности (кислородные, азотные).

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мы не являемся сторонниками лекарственного лечения атеросклероза вообще и атеросклероза сосудов головного мозга в особенности. Можно порекомендовать набор трав и противосклеротические чаи (см. Атеросклероз).

Примерное меню на один день

Продукты, блюда	Вес, г	Белок живот/раст.	Жиры живот/раст.	Углеводы	Калорий- ность, ккал
1-й завтрак					
Винегрет:					
свекла	50	0/0,3		3,5	23
морковь	50	0/0,6		3,8	18
капуста	60	0/0,7		2,6	13
Масло растительное	3	—	0,3	—	27
Мед	10	—	—	8,0	32
Молоко	200	5,6/0	7,0	9,0	124
Хлеб ржаной	75	0,3,5	0/0,5	30,0	141,2
Итого	438	5,6/5,1	7,0/3,5	56,9	378,2
2-й завтрак					
Шиповник	10	0/0,4	—	6,0	25,6
Обед					
Салат:					
морковь	75	0/0,6	—	4,5	20,8
капуста	75	0/0,9	—	2,7	14,4
яблоки	50	0/0,4	—	4,5	20,0
Масло растительное	3	—	0/3	—	27,0
Каша овсяная	70 (крупя)	0/6,3	0/4,1	4,2	235,5
Молоко	200	5,6/0	7,0/0	9	124,0
Хлеб ржаной	50	0/3,35	0/0,35	20,5	96,95
Итого	523	5,6/11,65	7,0/7,45	45,4	538,65
Ужин					
Отварной картофель	100	0/1,0	—	14,0	63
Кефир	200	6,8/0	6,6/0	9,6	128
Хлеб ржаной	50	0/3,35	0/0,35	20,5	96,95
Итого	350	6,8/4,35	6,6/0,35	41,1	347,95
Итого за сутки	1321	18/21,5	20,6/11,3	149,4	1290,40

Однако, учитывая то положение, что не каждый из наших читателей сумеет в определенных неблагоприятных условиях использовать наши рекомендации по профилактике этого тяжелого заболевания, мы с целью лечения запущенных случаев приводим некоторые наиболее эффективные лекарственные средства.

Выделяют четыре направления, в которых учтены самые существенные стороны современной терапии начальных форм атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии: влияние на механизмы формирования недостаточности кровоснабжения мозга, воздействие на мозговой метаболизм, учет индивидуальных механизмов атеросклероза, дифференцированное лечение с учетом разных клинических симптомов и синдромов болезни (Е. Г. Дубенко, 1989).

1. ВОЗДЕЙСТВИЕ НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАЧАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЗГА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Для нормализации вазоспастических реакций на ранних стадиях используются вазодилататоры, оказывающие спазмолитическое и сосудорасширяющее действие. Назначается папаверин (0,04 г).

эуфиллин (внутривенно 10,0—2,4%-ного раствора, внутримышечно — 1,0—2,4%-ного раствора, внутрь — 0,4 г, в свечах — 0,36 г), никотиновая кислота (0,05 г) и комбинированные с ней препараты (нигексин, никотинал, никоверин, никотиллин). Их рекомендуют 2—3 раза в день по 1—2 таблетки в течение 3—4 недель.

Значительное улучшение кровоснабжения на уровне микроциркуляции, снижение вязкости крови достигаются назначением пентоксифиллина (трентала) по 2 драже (100 мг трентала в 1 драже) 3—4 раза в день, который ингибирует фосфодиэстеразу и повышает содержание циклического АМФ в тромбоцитах и АТФ в эритроцитах с одновременным повышением энергетического потенциала. Это приводит к сосудорасширяющему эффекту, дезагрегации тромбоцитов и повышению эластичности эритроцитов, снижению периферического сосудистого сопротивления, возрастанию систолического объема крови.

Следует обратить внимание на целесообразность широкого использования препаратов типа стугерона и кавинтона.

Кавинтон (этил-ановинкамин — 22-АТ) разно-сторонне действует на сосудистую систему. Он вызывает расширение капиллярной сети мозга, препятствует развитию церебральных ангиопатий, а также обладает антиагрегационным действием, усиливает мозговой кровоток и потребление

кислорода из артериальной крови, что повышает переносимость гипоксии, возникающей в мозговых структурах при снижении перфузионного давления. Препарат также обладает способностью ингибировать фосфодиэстеразу, повышать в тканях концентрацию циклического АМФ и АТФ. Кроме того, сосудорасширяющее действие кавинтона может быть связано с прямым релаксирующим действием на гладкую мускулатуру. Препарат способен повышать уровень катехоламинов в тканях мозга, что может улучшить кровоток и местное перфузионное давление. Получены данные (Н. В. Лебедева, И. Х. Зарецкая и др., 1979) об особой эффективности кавинтона при поражениях слухового и вестибулярного анализаторов сосудистого генеза, а также о синдромах с дисфункцией корковых структур. Кавинтон при начальных проявлениях заболевания назначают перорально по 10 мг 3 раза в день в течение месяца.

Стугерон (1 таблетка содержит 25 мг циннаризина) является ингибитором вазоактивных веществ (гистамина, серотонина, адреналина, брадикинина и др.), способствующих развитию атеросклероза, вызывающих сосудистые спазмы, повреждения сосудистой стенки. Препарат назначается по 1 таблетке 3 раза в день в течение 2—3 месяцев. Следует также иметь в виду, что циннаризин относится к антагонистам кальция (медикаменты, влияющие на поступление Ca^{++} в клетку, являются антагонистами кальция). Антагонисты кальция улучшают мозговой кровоток и уменьшают перекисное окисление липидов.

Улучшение церебрального кровотока способствует нормализации общей гемодинамики. Поэтому показано применение средств, улучшающих коронарное кровообращение, сердечную деятельность. Следует подчеркнуть важную рефлекторную кардиocereбральную взаимосвязь.

2. ВЛИЯНИЕ НА ИЗМЕНЕННЫЙ МЕТАБОЛИЗМ МОЗГА

Улучшение метаболизма способствует положительному изменению гемодинамики мозга. Особенно это относится к ноотропам. К числу таких препаратов, показанных при начальных проявлениях церебрального атеросклероза, относятся пирацетам (ноотронил) и энцефабол (синонимы — энергобол, пиридитол).

Пирацетам (ноотронил) активизирует биоэнергетический метаболизм нервных клеток путем повышения в них концентрации АТФ и стимуляции гликолиза. Пирацетам назначают по одной капсуле (0,4) 2—3 раза в день в течение месяца.

Энцефабол применяется перорально по одной таблетке (0,1 г) 3 раза в день 1—1,5 месяца.

В качестве стимулирующих средств используют аминалон по 3—5 драже (каждое по 0,25 г) 3 раза в течение 1—2 месяцев, церебролизин внутримышечно по 1 мл, курс 30 инъекций.

В целях нормализации метаболических нарушений мозга широко применяются средства, активизирующие и нормализующие ферментативные системы: аскорбиновая кислота (0,05 г — 1—2 таблетки 3 раза в день после еды, 5%-ный раствор — 1,0 внутримышечно 1—2 раза в день), витамины В₁ (тиамин, бромид) 3%-ный — 1,0 внутримышечно, В₆ (пиридоксин), который участвует также в процессах жирового обмена и улучшает липидный обмен, 5%-ный — 1,0 внутримышечно. Курсовое лечение проводится 1—1,5 месяца, чередуя их через день.

Используют комбинацию метионина (0,3 г), аскорбиновой кислоты (0,3 г), витамина В₆ (0,05 г),

фенобарбитала (0,03 г) — «делипин». Целесообразен прием витаминных комплексов «вигерин» и «геротин».

Ценным препаратом, содержащим витамины В₁ и В₂, являются сухие пивные дрожжи, которые назначаются по 2 чайные ложки 2 раза в день в течение месяца.

3. ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ АТЕРОГЕНЕЗА

Это направление учитывает ведущие пути атерогенеза у каждого больного, их совокупность и превалирование одного из них.

Соответственно признанным ведущим факторам развития атеросклероза (гиперлипидемия, аутоокисление липидов и нарушения гемокоагуляции и микроциркуляции) ангиопротекторы классифицируют на 4 группы: гиполипидемические, антиоксиданты, антиагреганты и эндотелиотропные средства.

Гиполипидемические средства. Их делят на три группы: 1) тормозящие всасывание холестерина в кишечнике (полиспонин, холестирамин); 2) тормозящие синтез холестерина (клофибрат); 3) ускоряющие метаболизм и выведение липидов из организма (препараты ненасыщенных жирных кислот — линетол, арахиден).

1. Полиспонин назначается по 1—2 таблетки (0,1—0,2 г) 2 раза в день после еды. Прием препарата продолжается 20 дней, перерыв между циклами 10 дней. Курс лечения 2—4 месяца.

2. Клофибрат (мисклерон) понижает содержание в крови ЛПНП и ЛПОНП путем торможения синтеза холестерина и уменьшения биосинтеза ТГ в печени. Препарат может понижать агрегацию тромбоцитов. Наиболее эффективен при ГЛП IIb и IV типов. Назначается по 0,5—0,75 г 3 раза в день после еды курсами по 20—30 дней с такими же перерывами. При этом могут отмечаться побочные явления: диспептические расстройства, образование желчных камней, кожная сыпь.

3. Линетол содержит смесь эфиров ненасыщенных жирных кислот, которые оказывают благоприятное влияние на обмен липидов в организме. Назначается линетол утром во время еды в дозе 20 мл 1 раз в день курсами по 1—1,5 месяца с перерывами 2—4 недели.

Антиоксиданты — вещества, ингибирующие реакцию неферментативно свободнорадикального окисления липидов и биополимеров (белков, мукополисахаридов и нуклеиновых кислот). Препараты, элиминирующие свободные радикалы, — токоферол, аскорбиновая кислота, биофлавоноиды, — именуются прямыми антиоксидантами. Вещества, повышающие уровень антиоксидантной активности тканей — антагонисты кальция, глютаминовая и липосвая кислоты, метионин и синтетические препараты (компламин и цистамин), — относятся к косвенным антиоксидантам.

Токоферол назначают по 0,15 г 3 раза в день в течение 4 недель. Синтетический препарат цистамин (снижает повышенное артериальное давление) назначается в таблетках по 0,2 г 3 раза в день в течение месяца. Аскорбиновая кислота — 0,25 г в сутки.

В настоящее время широкое применение находят новые препараты антиоксидантов — пробукол и близкий к нему отечественный либунол.

В лечении гиперлипидемий высокоэффективным является препарат эссенциал в форте, оказывающий лечебное действие благодаря содержанию эссенциальных фосфолипидов, ненасыщен-

ных жирных кислот, витамина B₆, а также витамина E, обладающего антиоксидантной активностью, назначается препарат внутрь по 2 капсулы 3 раза в день в течение 6—8 недель.

Тромбогенные механизмы атерогенеза также требуют своей патогенетической фармакотерапии. К ангиопротекторам, действующим на тромбогенные механизмы атерогенеза, относятся ацетилсалициловая кислота и гепарин.

Аспирин рекомендуется назначать 1 раз в 3 дня. Необходимо назначать низкие дозы аспирина (от 100 до 300 мг, по данным разных авторов). Общий курс лечения 1—2 месяца. Препарат противопоказан при язвенной болезни, может вызвать аллергические реакции.

Гепарин, активируя липопротеинлипазу (фермент, способствующий мобилизации жира), способствует снижению гиперлипидемии, связываясь с атерогенными (т. е. вызывающими атеросклероз) липопротеидами, препятствует их фиксации мукополисахаридами интимы артерий. Как прямой антикоагулянт (т. е. препятствующий процессам свертывания крови), тормозит тромбогенные механизмы развития атеросклеротических изменений. Гепарин назначают внутримышечно по 5000 ед. 3 раза в неделю в течение 1—1,5 месяца.

Несколько замечаний по применению эндотелиотропных средств. Эти вещества препятствуют нарушению эндотелия сосудов. Пиридинолкарбомат (продектин, пармидин), наиболее благотворно влияет на атеросклеротические изменения в сосудах. Применяют его по 1 таблетке 3 раза в день (в начале лечения по 2 таблетки по 0,25 г 3 раза в день). Курс лечения 2—4 месяца.

4. СРЕДСТВА С УЧЕТОМ ОСНОВНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ

Во время появления головных болей рекомендуется пребывание в затемненном помещении, легкий массаж воротниковой зоны, горчичники, тепло или холод на голову.

Лечение бессонницы начинают с рекомендаций прогулок, теплых ножных ванн. Рекомендуют исключить прогиб шеи, во время сна иногда помогает понижение или повышение температуры в помещении, где спит больной. Назначают бромиды, валериану, димедрол (0,05 г внутрь или 1%-ный 1,0 внутримышечно), пипольфен (0,025 г — 1—2 таблетки или 2,5%-ный 1,0 внутримышечно), малые транквилизаторы. Если они неэффективны, прибегают к снотворным типа нитразема (эуноктин, раледорм, могадон, неозепам) — обычная доза для взрослых 0,005—0,01 г; используют барбитал (0,1—0,2 г), барбитал (0,3 г), циклобарбитал (0,2). Необходимо соблюдать принцип использования возможно меньших доз и чередования снотворных с седативными препаратами. Большое значение имеет аутогенная тренировка.

На фоне гипотонии рекомендуется настойка женьшеня, лимонника.

При повышенной возбудимости нервной системы показаны транквилизаторы и седативные средства — триоксазин (0,3 г), мепробомат (0,2—0,4 г), элениум (0,01 г), седуксен (по 5 г в таблетке), препараты валерианы, пустырника, боярышника, пиона (в виде настоек или отваров).

Серьезный и очень важный вопрос у этих больных — борьба с бессонницей. Рекомендуется исключить прогиб шеи. Назначают бромиды, валериану, димедрол (или другое антигистаминное средство, одновременно обладающее и снотворным действием); малые транквилизаторы (элениум, седуксен и др.).

Вся медикаментозная терапия должна быть согласована с лечащим врачом (невропатологом).

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ПУТИ ЕГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ НАЧАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ В СОЧЕТАНИИ С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Анатомо-физиологические особенности вертебробазилярного сосудистого бассейна (в частности, расположения позвоночных артерий в костном канале, образованном отверстиями в поперечных отростках шейных позвонков) определяют тесные структурно-функциональные взаимосвязи вертебробазилярной сосудистой системы с шейным отделом позвоночника. В этих условиях появление деструктивно-дегенеративных изменений в шейных позвонках, т. е. различной степени выраженности шейного остеохондроза, закономерно ведет к дисгемическим (т. е. нарушениям, связанным с доставкой крови) нарушениям в вертебробазилярном бассейне.

При лечении этой группы больных следует учитывать как проявление атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии (т. е. нарушения деятельности коры головного мозга), так и наличие вертебральной патологии (патологии позвоночника). Комплекс терапевтических мероприятий включает в себя применение медикаментозных и немедикаментозных средств в лечении. Из медикаментозных — сосудорасширяющие, при необходимости гипотензивные (понижающие давление) средства (папаверин, эуфиллин, плагифиллин, дибазол и др.), препараты, улучшающие микроциркуляцию (циннаризин, кавинтон, никотиновая кислота), витамины (E, C, B), ноотропы (пирацетам, церебролизин) и др. Из немедикаментозных средств больным назначают физиотерапевтические препараты на заднешейный отдел и воротниковую зону (амплипульс, ионофорез с новокаином, никотиновой кислотой, эуфиллином, магнитотерапию), а также массаж и ЛФК.

Максимального терапевтического эффекта можно достигнуть при разумном сочетании медикаментозных средств (вазодилататоры и улучшающие микроциркуляцию) в сочетании с местным воздействием на шейный отдел позвоночника (амплипульс, электрофорез с никотиновой кислотой).

А. Красов

ВЕРИТЬ ВРАЧУ ИЛИ САНИТАРКЕ?

Мудрость подобна черепаховому
супу, но всякому доступна.

Козьма Прутков

Я часто думаю об ограниченных возможностях нашей медицины, о том, что врачи, как правило, не бывают творцами, а работают по стандарту, не выходя из рамок полученных в институте знаний. Причина такой врачебной деятельности, малой любознательности многих медиков предостаточно: плохие условия работы, низкая оплата труда, устаревшее медицинское оборудование, большие физические и моральные нагрузки. Но главная причина нетворческой работы врачей, я считаю, та, что среди них мало людей с призванием. Почему-то в консерваторию, в художественное училище не берут людей без таланта. А в медицинский институт, да и в педагогический тоже (они близки по своей значимости), можно принять и без таланта, без влюбленности в будущую профессию. Вот отсюда и появляется множество врачей, встреча с которыми для больных — настоящая беда.

В те дни, когда я твердо решил, что не буду славиться болезнью, меня начали терзать сомнения: «А может быть, есть еще какая-нибудь непредусмотренная возможность, какой-нибудь выход из моего положения, о котором врачи просто не подумали? Ведь нет же, нет безвыходных положений! Надо только суметь найти выход, и он поможет в моем восстановлении».

И тогда я решил обратиться за советом к другим, более квалифицированным специалистам. Словом, проконсультироваться на стороне.

Всегда считал и считаю дурной, безразличной манерой искать помощи не у тех, кто тебя лечит. Это неэтично, оскорбительно для «твоих» врачей. Но в тот момент я не думал о высоких правилах этикета и безразличности своего поведения. Меня волновало только одно — как избавиться от недуга.

Конечно, я хорошо понимал, что одна консультация погоды не сделает, всех моих проблем не решит, но надеялся, что совет хорошего врача, опытного специалиста может дать мне многое.

Встречу с кандидатом медицинских наук из Института нейрохирургии имени Бурденко предложил организовать один мой бывший пациент. Когда-то я лечил его, а теперь он вызвался помочь мне.

Признаться, волновался я перед встречей с консультантом так же, как перед первым свиданием

с девушкой, — уж очень большие надежды возлагал на него.

И вот он сидит передо мной в небрежно брошенном на плечи халате. Все чувства обострены, и я замечаю сейчас то, на что в другое время не обратил бы внимания. Доктору явно некогда. Он забежал ко мне по пути, ненадолго, потому что очень просили. От этого весь его вид выражает нетерпение. Представился не как коллега коллеге, попавшему в беду, а очень официально.

Глядя куда-то в сторону (даже не осмотрев меня предварительно), начал говорить ровным голосом, словно читая страницы из учебника первых болезней, о том, что ждет меня в дальнейшем: пожизненное заключение в четырех стенах, навсегда буду прикован к кровати, если не умру через 2—3 месяца от пролежней или уросепсиса (самоотравления организма) в страшных муках.

Я, слушая его, не верил своим ушам. Правда, нечто подобное говорили и мои лечащие врачи, но не такими словами и не таким тоном. А тут просто удивительная беспощадность, безжалостность. Ни одного ободряющего слова, ни капли надежды на выздоровление.

Он все говорил и говорил, но я уже не слышал его, не понимал. До сознания доходили лишь отдельные слова, которые били меня словно камни: «Безнадежно. Невозможно. Никто и никогда».

Холодная волна ужаса обдала меня так, что я вынужден был запахнуться одеялом. Внутри все дрожало и было только одно желание — поскорее остаться одному. Ничего себе — проконсультировался у «хорошего» специалиста.

И тут я внимательно посмотрел на него. Это был бледный, аскетичного вида молодой человек: шея тонкая, кожа лица плохая и весь вид у него какой-то замороженный. Наверное, много сидит над книжками, мало бывает на воздухе и, конечно, никогда в жизни не занимался спортом. Откуда ему было знать о человеческих возможностях, о победе над собой и обстоятельствами.

Между тем консультант продолжал твердить:

— Поврежден спинной мозг и все центры управления мышцами, внутренними органами и заведующие трофикой (питанием тканей), разобщены с вышележащими отделами. К ним не идут сигналы из головного мозга. Первые клетки погибли и не восстановятся. А чего нет, того и не будет...

Все ясно, понятно и просто. Этому его учили в институте, об этом написано во всех учебниках, в специальных руководствах и монографиях. И он был убийственно прав: все, о чем говорил, научно доказано наукой. А против истины и фактов не поспоришь. Против этого могут спорить только очень невежественные люди, абсолютные профаны в науке.

Я как врач и сам все понимал, даже соглашался с ним. Но как больной отказывался верить жестокому приговору, ни за что не желал верить тому, что у меня нет ни малейшей надежды. Ведь консультант совершенно не брал во внимание та-

мно важные факторы при лечении, как человеческая психология, нравственная сила и характер больного.

Когда доктор наконец умолк, я, несмотря на неутешительный прогноз, попытался вырвать у консультанта последнюю надежду.

— Может быть, все не так страшно? — робко задал я ему вопрос. — Вы не учли, что я спортсмен, привык к борьбе и сейчас готов на любые тренировки.

— Нет! Никто никогда не вставал на ноги с таким диагнозом. — последовал ответ. — Вы не сможете даже сидеть без посторонней помощи. Специальный корсет, пивалидная коляска. Вот все, на что можно рассчитывать!

Когда мой «прокурор» наконец огласил до конца свой смертный приговор, я хотел у него спросить:

— Вы ко мне как врач пришли или как судья?

И вдруг, неожиданно для самого себя, задал ему совсем другой вопрос:

— Доктор, а вы занимались когда-нибудь спортом, делаете ли утром гимнастику, обтираетесь холодной водой?

Он удивленно посмотрел на меня и все понял. Понял, каким я его увидел со стороны и как оценил. Расстались мы холодно, не довольные друг другом. Я осудил его за беспощадность и прямолинейность, он меня, видимо, за фантазерство.

Консультант ушел, а я долго лежал, потрясенный этой встречей, не в состоянии прийти в себя после такой «консультации». Эх, доктор, доктор, как же можно отнимать у больного надежду? Ведь это означает отнять у него жизнь.

Много лет спустя я прочел в книге Н. Эльштейна «Диалог о медицине» следующее: «У врача И. была диагностирована запущенная форма рака желудка. От больного это скрыли. Его пришел навестить товарищ по студенческой скамье.

— Мне пужна правда, — обратился больной к старому другу, — чтобы сделать соответствующие распоряжения. Ты — мой друг... Это рак или нет? Ты обязан сказать.

— Это опухоль.

Больной задумался.

— Спасибо за правду, но ты... убил меня».

И далее оттуда же: «Зигмунд Фрейд, узнав от врача, что у него рак, прошептал: «Кто дал вам право говорить мне об этом?»

Древние говорили: «Пока живу — надеюсь». Росток моей надежды был еще совсем слабым, маленьким, трепетным, я с таким трудом берег его и лелеял. А врач, на знания которого я рассчитывал, в ком хотел найти поддержку, грубо наступил на еще нежный побег.

Вылечить ты меня, доктор, конечно, не мог, но поддержать был обязан. Для безнадежных больных святая ложь необходима — в этом я убедился на собственном опыте. Это ложь во спасение. Нельзя такому больному говорить откровенно о его настоящем состоянии и тем более давать мрачные прогнозы на будущее, лишая надежды и веры: больному эта вера необходима как воздух. Малейшее колебание, сомнение в голосе врача могут быть смертельно опасны для страдальца.

После ухода консультанта я лежал оглушенный и раздавленный. Ничего не осталось от того, духовно воскресшего человека, готового к борьбе, которым я был до этой встречи. Впереди — тьма, полная безысходности, жизнь, по сути, уж кончена, о чем мне прямо, без обиняков и было сейчас сказано. Так ради чего теперь начинать борьбу? Ведь было ясно сказано, что надежды на спасение нет.

18 Удивительная поддержка пришла вдруг с не-

ожиданной стороны. Пожилая санитарка, работающая вместе со мной, услышав о несчастье, решила, как и многие мои коллеги, навестить больного. Мой удрученный вид ей явно не понравился.

— Я знаю, что это такое быть парализованным, и хорошо понимаю тебя, — заявила она сразу же мне, — со мной было то же самое.

Оказывается, еще в молодые годы с ней случилась беда: перелом позвоночника в крестцовом отделе (там нет спинного мозга). Молодую жепщину болезнь приковала к постели, но, чтобы жить, надо было на что-то существовать. И это «надо» не давало ей спокойно лежать и ждать, когда наступит улучшение. Начала она преждевременно подниматься, как-то перемещаться, чтобы обслуживать себя. И организм пошел навстречу ее настойчивости. Каждое движение вливало в нее новые силы, здоровье ее крепло, и наконец она смогла встать на ноги.

Специальности не было, пришлось заниматься физическим трудом. Работала уборщицей, подсобной рабочей. Поначалу очень уставала, мучили боли, но дальше — лучше. И вот до сих пор трудится в полную силу и чувствует себя хорошо.

Простоудинно, без тени сомнения, пачала она меня убеждать, что все обойдется, только я не должен залеживаться, а постоянно двигаться.

Конечно, я понимал, что мой случай немного сложнее и страшнее. Но от простых, участливых слов сразу стало тепло на сердце. О, это участливое, доброе слово! Порой оно делает то, чего никогда не добиться другим способом. Оно успокаивает, будит надежду, веру человека в самого себя...

Как ни парадоксально, но эта пожилая малограмотная женщина сделала для меня больше, чем молодой врач с ученой степенью. Мы хорошо с ней поговорили, и она так убедила меня, что снова вернула надежду на выздоровление. Теперь моя надежда была опять со мной, и я уже твердо знал, что мне надо делать. Отныне и без всяких сомнений я вступаю в бой с болезнью. Решение на этот раз было принято окончательно! И как только я сделал это, ко мне то с одной то с другой стороны стала приходить подмога. Как тут не вспомнить Публия Вергилия Марона, сказавшего в «Энеиде», что «смелым судьба помогает».

«МЫ ЕЩЕ ПОЕДЕМ НА РЫБАЛКУ»

Великий Бехтерев сказал, что, если после посещения врача больному стало легче — значит, это был настоящий врач.

Палата ждала обхода главного травматолога Института имени Склифосовского профессора Соколова. При этом очень важным для больных со-бытия всегда присутствуют не только лечащие врачи, но и стажеры, методисты Института физической культуры, студенты-медики. У постели больного идет учеба, без которой немыслима прак-тическая медицина, а также зачастую решается судьба человека. Такое событие происходит раз в месяц, и по этому поводу у всех в отделении (особенно у медсестер и санитарок) с утра много хлопот.

Но вот разобраны рапы, подготовлены исто-рии болезни, рентгенограммы, которые кладут каждому на кровать, и все в палате отныне ждет ожиданиям.

...успели мы с Антониной Тимофеевной за-
дать гимнастике, как палату заполнила толпа
людей в белых халатах. В сопровождении своего
эскорта профессор медленно переходил от одной
контки к другой, подольше задерживаясь у посте-
ли тяжелобольных.

Это был рослый, седовласый мужчина с круп-
ными чертами лица, крутой затылком и живым
умным взглядом знающего свое дело специа-
листа. Приветливый, обходительный, внушающий
доверие врач. Говорил профессор с больными мяг-
ко, сочувственно и в то же время убедительно.
И весь он был какой-то надежный, излучающий
силу, уверенность.

Наконец профессор вместе со своей свитой по-
дошел к моей кровати. Приветливо улыбаясь,
протянул свою, большую теплую руку и сказал
непринужденным тоном:

— Давайте знакомиться, коллега.

Рукопожатие было крепким и нежным, и рука
его на несколько секунд задержалась в моей,
словно профессор хотел на ощупь почувствовать,
что я за человек. И пока лечащий врач исто-
рично докладывал мою историю болезни, мы с
Соколовым не отрываясь рассматривали друг дру-
га. Затем он долго и внимательно листал историю
болезни, изучал снимки, знакомился с анализа-
ми. Что-то ему явно не понравилось в них, по-
кончив ознакомление, он сказал бодрым голосом:

— Если мы с вами еще немного продержимся,
то вот-вот дождемся перелома, и тогда считайте,
что победили.

Ободренный его теплотой и душевностью, я роб-
ко спросил: нельзя ли мне избавиться, хотя бы
частично, от жестоких болей. В ответ на это про-
фессор беспомощно развел руками:

— Терпите, надо терпеть.

Он расспросил меня о моей работе, о том, что
думаю делать дальше. И хотя с трудом я верил,
что в конце концов встану на ноги, его внимание
глубоко тронуло меня.

Да, это был истинный врач, хороший психолог,
знающий силу слова. Целебно действовали не
только его слова, но и спокойная мягкость голоса,
непоколебимое сочувствие, желание поддержать
больного, вселить в него надежду.

Профессор как-то сразу сделался мне близким
человеком, и я решил поделиться с ним своими
сокровенными помыслами. Он полностью одобрил
мою затею вести дневник наблюдений за самим
собой. Сказал, что это будет интересное дело, что
мои записи могут оказать хорошую услугу меди-
цине. А он мне потом поможет их опубликовать
или сделать на основе этих записей диссертацию.
Словом, у него тоже оказалось много фантазии,
и это подействовало на меня самым благоприят-
ным образом.

Впоследствии я узнал, что профессор не думал
всерьез о своих обещаниях, он говорил так, что-
бы успокоить меня, отвлечь от мрачных мыслей,
совершенно не предполагая, что дневники эти
могут появиться на свет, что я когда-нибудь на-
помню ему о них и его обещаниях и что вообще
выживу. Когда четыре года спустя я решился на-
брать номер его телефона, он просто не вспомнил
обо мне и никак не мог понять, кто это звонит
ему и о каких дневниках идет речь. И хотя меня
тогда очень огорчила его забывчивость, я все рав-
но остался на всю жизнь благодарен профессору
за оказанную мне в трудную минуту поддержку.

Вот и выходит, что как бы медицина ни была
оснащена самой современной аппаратурой и са-
мой совершенной методикой исследования, успех
в нашей области, как и тысячу лет назад, во многом
зависит от личности врача.

И если врач вступает с больным в тесный кон-
такт, а не поглядывает на него с высоты своих
знаний, то результаты их союза бывают удиви-
тельными. Известный сприйский врач, живший в
тринадцатом веке, писал, что в древности врач,
обращаясь к больному, говорил: «Нас трое — ты,
болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, нас
будет двое, я останусь один — вы меня одолеете.
Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь
останется одна, мы ее одолеем».

Но чтобы пациент был с врачом, тот должен
расположить больного к себе, заставить его по-
верить знаниям доктора. Профессор Соколов вну-
шал глубокое доверие пациентам, и даже одна
встреча с ним давала больному больше, чем еже-
дневное общение с некоторыми другими врачами.

Меня он тоже хорошо зарядил оптимизмом и
умело направил на дорогу борьбы с недугом. По-
лучив солидную поддержку, я двинулся дальше
по своему нелегкому пути из бездны, на котором
ждали меня и необыкновенные события, и уди-
вительные встречи.

При следующих «больных обходах» профессор
по-прежнему был очень внимателен ко мне и
каждый раз с одобрением отмечал мои малень-
кие успехи. Однажды он рассказал мне о своей
страсти к рыбной ловле и заверил, что когда-ни-
будь мы еще поедем на рыбалку. И в данном слу-
чае он тоже, конечно, не предполагал, что ока-
жется провидцем. Я действительно потом не раз
ловил рыбу и не только под Москвой, но и в
Днестре, и на Дону, и на Иртыше, и в Сырдарье,
и в Азовском и Каспийском морях, и даже у бе-
регов Болгарии в Черном море.

Однако я забежал вперед — все это будет «по-
том», впереди и нескоро. А тогда слова профессо-
ра Соколова были для меня лишь прекрасной меч-
той, которая неудержимо звала вперед, укрепля-
ла силы.

Спасибо, профессор, спасибо за то, что вдохну-
ли в меня эти силы, заставили мечтать, надеять-
ся, бороться! А значит — жить!

Совпадение или нет, не знаю, но после первой
же встречи с профессором ко мне стал возвра-
щаться аппетит, и я с удовольствием начал по-
глощать то, что приносили многочисленные посе-
тители. Иногда за день у меня бывало по 10—
15 человек, и все с дарами. Два палатных холо-
дильника были забиты в основном моими про-
дуктами: красная и черная икра, крабы, дорогие
сорта рыбы, колбасы, фрукты, сладости (тогда
все это было в магазинах). И я даже не заметил,
как быстро набрал вес. Все закономерно — мой
тренировочный организм, привыкший на протя-
жении многих лет к определенному режиму пи-
тания, необходимому для покрытия повышенных
энергетических затрат, вдруг лишился возможно-
сти даже свободно шевелиться. Поэтому если я
буду так питаться и дальше, толстеть, то мне
болезнь не одолеть.

Такие мысли каждый день теперь посещали
меня и не давали покоя. Я добрался как на дрож-
жах, но не весь, а только в верхней, не парализо-
ванной половине туловища. Лицо уже переста-
ло помещаться в довольно большом зеркале — на
тройной подбородок было противно смотреть.
Грудь, живот и бока оплыли жиром, это было
особенно заметно на фоне другой половины —
худой нижней (парализованной) части тела, ко-
торая продолжала катастрофически худеть. Бо-
лезнь быстро уничтожала все мягкие ткани, остав-
ляя пока нетронутыми только кости.

Обглоданные болезнью, выходящие костлявые но-
ги стали похожи на иголки выструганные сучкова-
тые палки, на которых сохранилось менее трети

...тканей, свисающих как
...тканей. Живот — рыхлый, как у лягуш-
ки. Как быстро, оказывается, может атлет пре-
ратиться в наука с тонкими ножками! И вот
этому уроку мне снова надо вернуть челове-
ский вид: согнать лишний жир, стянуть торс
упругими мышцами, восстановить и оживить
мускулы. Сделать это будет очень трудно, осо-
бенно много придется поработать над ногами.

Существуют только два способа избавления от
лишнего жира — высокая физическая нагрузка
и ограниченное питание. Первый способ пока не-
приемлем, значит, остается, второй. При этом мне
нужно так составить свой суточный рацион пита-
ния, чтобы он был полноценным, с достаточным
количеством белков, необходимых для восстанов-
ления мышечной массы, витаминов и минераль-
ных солей, которые во множестве теряют ткани
через пролежни. И в то же время надо значитель-
но уменьшить потребление жиров и углеводов.
Рассуждать, конечно, легко всего, а вот вы попро-
буйте отказать своему желудку, когда перед гла-
зами вкусная пища!

Принесли ужин, приготовленный руками одной
из моих добрых «фей». Разговаривая с ней, я все
чаще поглядываю на еду. Мой нос, к сожалению,
не парализованный, улавливает маяющие запахи,
чуя, что все предлагаемые блюда удались на
славу.

Я оттягиваю момент, когда должен сказать сво-
ей посетительнице твердое «нет» и «поклевать»
лишь немного овощей и фруктов. Про себя я уже
решил, что отныне с объедаловкой покончено, по-
как сказать про это человеку, который так для
тебя старался, с душой приготовил этот вкусный
и питательный ужин, когда он ждет, что я начну
поглощать его, похваливая кулинарку.

Человек слаб и безволен — ему трудно удер-
жаться от соблазнов. А их в жизни много. Вот и
мне предстоит ожесточенная борьба со своим ап-
петитом, с одолевающим меня чувством голода.

Человек велик, когда он может сдерживать себя
от бурных желаний. И я должен стать выше свое-
го желания насладиться вкусной пищей до отва-
ла. Я-то ведь хорошо знаю, что неумеренность в
еде — самый страшный враг для лежащего боль-
ного, что это равносильно медленному самоубий-
ству. Людям в моем положении крайне необхо-
димо принимать пищу соответственно затратам,
иначе ее приток быстро превысит расходы и на-
ступит катастрофа.

Между тем существует ложное понятие, что
чем сильнее болен человек, тем больше его надо
питать для восстановления здоровья. Это страш-
ная ошибка — все наоборот! Сам организм под-
сказывает нам, как следует вести себя во время
болезни: при высокой температуре теряется ап-
петит, а вот пить хочется. Вода в этот момент не-
обходима для того, чтобы разбавлять токсины и
выводить их из организма.

Но есть и такие болезни (вроде моей), когда с
аппетитом все в порядке, но тем не менее пита-
ние должно быть ограниченным по объему и ка-
лорийности. Однако правило это не соблюдается.
Больного стараются кормить как можно лучше, и
таким образом, самые близкие люди становятся
самыми страшными его врагами.

Итак, я решил объявить войну своим лишним
килограммам — ради своего спасения, ради ско-
рейшего возвращения к жизни. Теперь воздуш-
ные булочки с пшеном, пирожки с кремом, жир-
ную рыбку, буженину и другие вкусности я стал
отдавать няням и соседям по палате. Зато сейчас
у меня всегда чистая простыня (стараются благо-

дарные пиячки), лишнее полотенце, команда
выздоровливающих сыта и готова оказать любую
помощь одаривающему вкусными вещами сопа-
латнику.

ДРУЗЬЯ НАСТОЯЩИЕ И МНИМЫЕ

Помогать в беде друг другу
Мы обязаны всегда,
Друг наш — верная опора,
Если случится беда.

Шота Рустасели

Его имя было названо в самом начале этих
записей. Слава Яковлев, первым принявший на
свои руки поверженного несчастным случаем
друга, был моложе меня на десять лет. Познако-
мились мы с ним как-то на стадионе «Медик» и
подружились. Нас объединяла общая любовь к
спорту, особенно к лыжам, и мы каждое воскре-
сенье выезжали вместе за город.

Именно Слава возглавил тогда мою «эвакуа-
цию» после травмы, звонил в Институт имени
Склифосовского, привез меня туда и первые дни
находился неотступно рядом.

После операции он обзвонил всех моих друзей,
сходил ко мне домой, чтобы взять необходимые
вещи.

Помню, он принес мне бумажку, найденную на
столе, — список дел, которые я для себя наме-
тил в ближайшие дни. Список из «той» жизни
сообщил, что мне надо взять белье из прачечной,
купить новые шпурки для лыжных ботинок,
укрепить крепления на лыжах и так далее, и так
далее. Я всегда был аккуратистом (мама с детст-
ва приучила) и любил во всем порядок, и вот
теперь, читая весточку из прошлого, с грустью
думал о том, что все это теперь мне не нужно.
Скомкал записку и выбросил, распрощавшись на-
всегда с той жизнью. Теперь у меня были другие
заботы и новые проблемы.

Попросил Славу позвонить на работу (в поли-
клинику и бассейн) и сообщить о случившемся.
Словом, в те первые дни мой молодой друг посто-
янно оказывал мне услуги, так необходимые не-
подвижному лежащему человеку, за что я остался
ему благодарен на всю жизнь.

Вскоре Слава заменил меня в бассейне «Моск-
ва», а потом он уехал работать в Болгарию, и
жизнь развела нас.

Сейчас я не знаю, где он, но всегда помнил и
буду помнить его неоценимую помощь, восхи-
щаться Славиной организованностью, отличной
реакцией и настойчивостью.

После звонка Славы в мою поликлинику, в боль-
ницу тут же прибежала Наташа Звягина, рабо-
тавшая в регистратуре. Мы очень симпатизирова-
ли друг другу, и я все собирался куда-нибудь
ее пригласить. Но она была совсем юной, и я,
считая себя слишком старым, постеснялся это
сделать. А так хотелось по душам поговорить с
этой белокурой девушкой, весело глядящей на
меня своими умными глазами.

Теперь мы могли говорить с Наташей часами.
А еще она стала моим «источником». Именно На-
таша записала первые строчки в тетрадку, по-
жившую начало дневнику, а он, в свою очередь,
стал потом основой этих записок.

Кроме Наташи, которая приходила днем, у мо-

дальше постоянно дежурили добровольцы из медсестры и особенно часто хирургическая сестра Люда. Та самая Люда, с которой выправляли мой вывихнутый позвоночник.

Милая, милая Люлочка, сколько она для меня сделала! На такое способен только любящий человек. Впрочем, это, видимо, так и было.

Иногда, придя ко мне после работы, она, сидя на стуле, засыпала от усталости. А я, глядя на дремавшую девушку, не смел ее побеспокоить и терпел различные неудобства (ведь сам не мог себя обслужить даже в мелочах) до тех пор, пока она не просыпалась.

Именно Люду просил я добывать для меня морфий, поскольку те дозы, которые прописывали врачи, уже не помогали. И Люда выполняла мои просьбы и тем самым шла на преступление. Я знал это, но боли в то время были сильнее моих нравственных принципов.

Позже, как уже писал, я отказался от всех наркотиков, поняв, что прием их ведет только к гибели, чем очень обрадовал мою помощницу.

Буквально на второй день после катастрофы я попросил Славу позвонить Лиде. Она была последней моей привязанностью, и конечно, я очень хотел ее видеть. Но бежали дни, а Лиды все не было. И я перестал ждать. Но она все-таки пришла.

Я смотрел на нее и не верил, что вижу: молодая, красивая, с распущенными золотистыми волосами, густыми и длинными. У меня перехватило горло.

Однако волнение не мешало увидеть, что Лида приняла известие о моей беде спокойнее, чем я ожидал. Она не задала ни одного вопроса и только смотрела и смотрела на меня. И мы пачали беседу почти без слов. Люблю пемы беседы, полные значительных мыслей. Но потом молчание затянулось, стало тягостным. Я почему-то начал вспоминать, сколько лет мы уже с ней знакомы и какую роль играла эта женщина в моей жизни. Хотел ей сказать: «В тебе сейчас мое спасение, ты моя вера и надежда». Но что-то (а точнее, ее холодность) меня сдержало от этого признания. Я почувствовал, что горе со мной нескрывается. А то, что она сейчас плачет, так это для порядка. В ее печали было что-то неестественное. Я ведь так хорошо знал ее: горевать, сочувствовать кому-то не ее «амплуа». Она создана для радости, обожания, успеха, но никак не для слез и самопожертвования.

Мне нравилось, что она никогда не мацерничает, говорит и делает, что думает, и от этого с ней всегда было легко и просто, но до тех пор, пока ты «на коне». Быть цыпкой она не умела и не хотела.

Незадолго до катастрофы Лида разоткровенничалась со мной, и я узнал некоторые подробности из ее прошлого. А главное — то, что на моем пути встретила роковая женщина, женщина-вамп.

До встречи со мной в ее жизни было трое или четверо мужчин (от одного она даже имела дочь). И с каждым из них неизменно происходили трагические истории, кончавшиеся смертью. Может быть, все это случайность, но в ней была необыкновенная, удивительная закономерность.

Потерять любимого человека при трагических обстоятельствах — большое горе, долго незаживающая душевная рана. И наверное, Лида тоже страдала. Но видимо, у нее был надежный природный внутренний механизм, благодаря которому она успешнее, чем другие женщины, могла вычерпнуть из своей жизни всякие неприятности и огорчения. Так было у нее с другими мужчина-

ми, так будет и со мной. И скоро она начнет жаловаться своему новому избраннику, что в который уже раз ей не повезло. Но меня это не должно беспокоить, ибо все ясно: для нее я уже мертв.

Но вот Лида успокоилась, вытерла слезы и сразу заспешила. Оказалось, что она поступила на какие-то курсы, и теперь у нее нет совершенно свободного времени. И я видел, что она лжет, и понимал, что слова ее звучат как реквием. Это конец, безоговорочный, абсолютный. Больше мы с ней не увидимся. Однако я ошибся: мы еще встречались, и не раз. Даже здесь, в больнице, когда она приходила навестить больную мать и шла к ней через парк. А я там был в это время на своей каталке и оказался на ее пути. Это была уже совершенно чужая женщина, холодная и бесчувственная, и я был ей чужим. Разговор проишел тяжелый, мучительный, и нам обоим хотелось поскорее закончить его. Нет, не зря кто-то из моих друзей назвал Лиду «осеенью». А я бы теперь внес поправку: эта женщина была зимой, способной заморозить человека насмерть.

Какое счастье, что я не женился (не успел) на ней. Это бы, несомненно, убило меня. Как же мы, мужчины (особенно в юности), бываем глупы и легкомысленны — прельщаемся в первую очередь красивой внешностью. А ведь прав, глубоко прав поэт, сказавший: «Красота проходит, доброта остается». Где ты сейчас, Лида? Красота твоя уже прошла, а доброты никогда не было.

Расставание с Лидой не убило меня по одной причине — я не прощаю предательства, но тяжело мне, конечно, было. Бодрившийся до сих пор, я почувствовал себя усталым, одиноким человеком. Да, одиноким, несмотря на множество окружающих людей, в том, что возле меня не было той, в которой я особенно сейчас пуждался.

Но даже мысленно я не упрекал Лиду. Стараюсь этого вообще никогда не делать: мое твердое убеждение, что в своих несчастьях каждый человек виноват прежде всего сам. И в данном случае тоже был виноват я сам: во-первых, выбрал в подруги не ту женщину и, во-вторых, не смог стать для нее настолько интересным, чтобы она хотя бы на короткое время первых недель болезни задержалась возле меня.

Кстати, так же я отношусь и к мужской дружбе. Если мало у тебя друзей, если они покидают тебя в беде — значит, не тех выбираешь, и второе: будь таким, чтобы людей к тебе тянуло.

Не все друзья оказались со мной рядом, когда я попал в беду — некоторые, узнав о моей травме, навсегда «растворились». Вывод один — это были не друзья, а попутчики, которых я какое-то время просто устраивал: веселый, заводной парень, отчаянный спортсмен.

К счастью, среди моих друзей были и другие, и самый главный, самый близкий и дорогой друг — Володя Глик.

Правда, в первые дни его около меня не оказалось — он сам лежал в больнице. Но как только выписался, тотчас же пришел ко мне. Разговор с ним получился короткий, мужской.

— Лена, я не буду ахать и охать, ты сам понимаешь, что значит для меня твоя беда, — сказал друг. — Давай лучше подумаем, чем я могу быть тебе полезен. И не только я, но и мой брат, мама, жена. Знай, что все мы в твою распоряжении.

Я знал, что это были не пустые слова — нас связывала крепкая многолетняя дружба. Началась она еще в седьмом классе, в то время когда мы с мамой вернулись из эвакуации.

И вошел в класс и сел около него, нас как-то 21

сразу, с первых же дней, потянуло друг к другу. Так началась наша дружба. Мы часами могли играть в шахматы или в слова, рассказывать друг другу о своей жизни: я о том, что было на Алтае, откуда мы приехали, он о своей дружной семье, о прочитанных книгах.

Это был очень эрудированный мальчик, рассудительный и добрый. Словом, он был умница, а и спортсмен, и мы отлично дополняли друг друга. И сейчас, по истечении многих лет, я могу сказать, что у меня было три учителя: мама, Володя и жизнь.

Как мне нужен был всегда этот толстенький мальчик! Я, азартный, неуправляемый, совершающий много ошибок, постоянно нуждался в его советах. Помню, как поехали мы с ним кататься на лыжах на Воробьевы горы. (Володя после встречи со мной тоже стал тянуться к спорту, понимая, что занятия им ему крайне нужны — не хотелось мальчишке вечно ходить в толстяках.)

На горах к нам пристала большая группа хулиганов, стали отнимать лыжи. Я готов был броситься в драку, невзирая на огромное преимущество «противника». И если бы успел это сделать, то был бы, конечно, как следует избит. Но не успел — помешал Володя. Он сумел найти с хулиганами общий язык и когда заговорил с ними, они слушали его с открытыми ртами. Беседа закончилась мирно — мальчишки оставили нас в покое. Уходя, они на прощание стукнули меня по голове и отняли лыжи. Володю и его лыжи не тронули. Тогда я впервые понял, что ум гораздо сильнее бицепсов.

Так что жил я в ту пору Володиным умом, о чем никогда не жалел. А он, глядя на меня, по-настоящему увлекся спортом — классической борьбой. И так как привык все делать основательно, добился в ней немалых успехов: на городских соревнованиях занял второе место, а я — третье. Победителем же стал один наш друг — Ефим Годерман.

Так вот, когда мой мудрый друг пришел ко мне в больницу, я почувствовал себя намного увереннее: раз Володя рядом — значит, мы победим. Сидя возле меня, он вспоминал, как я выручил их семью. Его отец тяжело заболел, и ему каждый день надо было делать уколы. Это, как известно, у нас проблема. Я, остоверненно, вызвался помочь. Забегал к ним каждый день и делал больному уколы. Семья друга оценила тогда мою помощь.

— Ты, Леня, должен стать сейчас эгоистом, — говорил Володя, — бери от нас столько, сколько тебе надо. Если нам удастся тебя вырвать, тогда и будешь отдавать «долги». И помни: я всегда рядом.

И тут он рассказал мне то, о чем раньше молчал:

— Когда твоя мама тяжело болела, мы с ней очень сблизились. Она рассказала мне, что взяла тебя из детского дома (я ведь не знал этого). «И скоро уйду, — говорила твоя мама, — Леня останется один, а он такой неспособный, с ним все может случиться. Ты будь около него и помоги ему». Я обязательно выполню последнее желание твоей мамы — такими словами закончил Володя свой рассказ.

И выполнил. Он был все время рядом со мной, помогая выбираться из беды. Он стал главной опорой в борьбе с бедой. К сожалению, вот уже несколько лет Володи нет рядом со мной — он навсегда покинул Москву. Но до сих пор в трудную минуту я всегда мысленно советуюсь с ним и стараюсь поступать так, как поступил бы мой мудрый, рассудительный друг.

Брат Володи — Миша, учился в то время в

10-м классе. Ему предстояло выдержать выпускные экзамены, готовиться в институт (он хотел пойти по моим стопам и стать врачом, а кроме того, он был спортсменом, выступал на соревнованиях). Парень был загружен, как говорится, по горло. Но несмотря на это, он каждый день приходил ко мне и занимался со мной лечебной гимнастикой. Таким образом, у меня появился еще один методист ЛФК, что было очень важно для моего восстановления.

Забегая вперед, скажу, мой молодой друг успешно закончил медицинский институт и стал врачом. Но судьба отнеслась к нему сурово — он заболел тяжелой неизлечимой болезнью и вот уже много лет борется с ней. И тут мой пример оказывает ему немалую услугу.

...Кого я совершенно не ждал в больнице, так это Эдду. Еще год назад мы договорились, что встречаться больше не будем. Я всегда был с ней честен и никогда не скрывал, что любви не получилось.

Знакомство наше произошло в поликлинике, куда Эдда пришла ко мне как к врачу посоветоваться по поводу болезни рук. (Она была пианисткой и «переигрывала» руки). Потом я стал бывать у них дома, катал Эдду на мотоцикле.

Меня полюбила умная, образованная девушка, а я, к своей досаде, не мог ей ответить тем же. Я вообще не мог никого серьезно полюбить, и причиной этому, как я уже говорил, была моя мама, бывшая для меня идеалом женщины. Красивая и умная, гордая и насмешливая, добрая и строгая — мама была очень интересным и многогранным человеком. Подобных ей девушек я не встречал.

Мне всегда хотелось поклоняться женщине, а не давать ей «милостыню». Мои же подруги, как правило, ждали ее. Лидя, правда, «подачек» не принимала, чем поначалу очень привлекла меня. Но душа ее оказалась холодной, что никак не способствовало развитию моих чувств. И конечно, даже если бы не случилось беды, мы с ней все равно рано или поздно разошлись.

Но вернемся к Эдде, с которой я расстался год назад. Перед разрывом она бросила мне в лицо свой дневник, прочитав который я очень расстроился: все страницы его были посвящены ее любви ко мне. Но что я мог сделать — для обоюдного счастья мало любви только одного партнера.

О моей трагедии Эдда узнала в больнице, куда загнал ее туберкулез легких. Сообщение это подействовало на девушку как удар бича — забыв про свой недуг, не долечившись, она бросила больницу и ринулась ко мне. Первые слова ее были:

— Я пришла тебе помочь.

— Зачем, Эдда? Ведь я отверг тебя, когда был здоров. Я же тебя обидел.

— Это не имеет теперь значения, — был ответ.

— Уходи!

— Я останусь, — твердо сказала Эдда.

Милая Эдда, как хороша ты была тогда в своем порыве! Он обнажил всю красоту твоей метущейся души, раскрыл твой бурный темперамент.

Достав учебники по лечебной гимнастике, массажу, Эдда со всей присущей ей серьезностью углубилась в изучение неведомых пианистко дисциплин. Постоянно присутствовала на занятиях, которые проводила со мной методист Антонова Тимофеевна Лапушкина и мой юный друг Миша.

Очень скоро Эдда освоила необходимые знания и стала моим третьим методистом. Энергичная, прекрасный организатор, она быстро навела в моем «царстве» порядок, бойко командуя и мной, и санитарями, и посетителями.

В свободные от «работы» минуты Эда помогала мне в освоении английского языка, читала книги и газеты вслух. Впервые в ее исполнении я познакомился с «Золотой розой» Паустовского, другими произведениями этого замечательного писателя. По вечерам я порой засыпал под ее чтение, и Эда тихою через окно (дверь к тому времени была уже закрыта) уходила домой.

Ее заботливая помощь, постоянное присутствие сыграли большую роль в моем восстановлении. Но что удивительно — необыкновенные изменения произошли и с самой Эдой. Ухаживая за мной, она забыла о своей болезни, и та, видимо, недовольная невниманием, незаметно отступила. Эда очень окрепла, похорошела и вся светилась здоровьем и энергией, что оказывало на меня самое благотворное влияние.

ОДИН В ТРЕХ ЛИЦАХ

Утешение несчастных — иметь товарищей по скорби.

Латинский фразеологизм

Равновесие, которое я начал обретать, не имело ничего общего со смирением. Просто заставляло себя терпеливо относиться к новой жизни. И понимал, что возвращение к прошлому нет, поэтому и пужно создавать себя заново и искать в нынешнем состоянии малейшие возможности для выживания.

Даже в сложившейся ситуации я стараюсь быть как можно активнее. Много читаю, отвечаю на письма, изучаю английский язык. Сейчас моя жизнь не только смена дня и ночи, но и постоянная работа, ставшая уже необходимой. Кроме заботы о здоровье, появилась и нужда для ума. Много времени уходило на прием посетителей, беседы с ними. Так что личные переживания отступали на второй план — мне просто стало некогда ими заниматься.

Теперь я лежал как в утробе — с двух сторон постели горы книг, журналов, газет, справочников и словарей. На особом положении находилась толстая тетрадь, куда я, уже сам, когда меня переворачивали на живот, педантично заносил все наблюдения за своим состоянием.

Время проходит быстро. У меня уже нет отчаяния, безрассудных мыслей — они пересиливаются надеждой, долгом. Теперь я не мог позволить себе тратить время без пользы, лежать без дела. И полностью занял свой мозг, заставляя его непрерывно работать, иногда доводя себя до изнеможения, только чтобы не было ни минуты для печальных мыслей и отчаяния. Дни и ночи смешались у меня. Теперь если я не спал, мучаясь от боли, то вместо опиума «принимал» книги или занимался гимнастикой. Книжки стали для меня лучшим «наркотиком», которым пользовался без ограничения в течение всего дня, а иногда и ночью.

Я заметил, что одни книги действуют как таблетки анальгина или пирамидона, слегка отвлекая от боли. Другие как укол морфия: читая их, забываешь все на свете. Третьи подобны спотворным поронкам — такие оставлял на ночь.

Были книги, которые, наоборот, раздражали и обостряли боль. — Их отбрасывал тут же как непереносимое лекарство, дающее нежелательный побочный эффект типа аллергии.

Большое место в моей жизни занимал дневник — верный, терпеливый друг, который нередко спасал от боли, отчаяния, гнева и досады. Все, что мне было трудно, а иногда и невозможно вынести, он брал на себя. Запишешь в него, что тебя мучает, — и освободишься от мрачных мыслей. При этом он понимал все, помогая мне увидеть себя со стороны, критически к себе относиться. И твердо убежден в том, что каждому хроническому спинальному больному обязательно надо вести дневник, потому что лучшего собеседника для многих просто не найти. А такой собеседник крайне необходим тем, кто ограничен в общении с людьми, но кому постоянно надо с кем-то делиться своей бедой.

В последнее время выступаю в трех лицах. Теперь я не только больной, но и врач, ищущий новые способы и методы лечения спинальных больных, которые помогли бы облегчить их страдания, сделать жизнь более спокойной и терпимой.

Итак, я больной и в то же время врач, готовящийся лечить других, а еще лектор-пропагандист в своей палате.

Мне очень хотелось чем-то помочь своим товарищам по несчастью. Чем? Для начала решил организовать в палате чтение вслух. Выбор журналов, газет и книг у меня большой, на любой вкус. Читали по очереди выздоравливающие, остальные были внимательными слушателями.

Прочитанное тут же обсуждалось. После ужина завязывались беседы, возникали своеобразные вечера вопросов и ответов. Темы бесед были самые разные: о спорте, политике, жеманствах. Но всякий раз разговор незаметно переходил на медицину, и тогда эксплуатировались мои скромные познания в этой области.

«Скажи, доктор...» — так обычно начинались наши медицинские беседы. Вопросов было много, но я старался повернуть разговор на тему алкоголизма или курения. Дело в том, что почти все мои сопалатники были жертвами «зеленого змия». Это он довел их до тяжелых, иной раз неизлечимых травм.

Для меня люди, злоупотребляющие алкоголем, табаком, так же как и любители плотно поесть, всегда оставались загадкой. Как можно извести себя до животного уровня путем спиртного без меры или обжорства? Это же осквернение человеческих норм и ценностей, отрицание всего, ради чего стоит жить. Пьяница, а тем более алкоголик — это человек, лишивший себя наряду с другими радостями даже возможности наслаждаться вином.

Неуемная страсть к алкоголю рано или поздно приводит (а чаще рано) людей к самым тяжелейшим последствиям — потере здоровья, духовной деградации. И не только их — страдают жены, дети, уже родившиеся (слава Богу, если до того, как отец стал выпивать), и особенно те, кто появился на свет у пьющего папашки.

Многие любители спиртного попали в эту больницу не впервые. Но печальные уроки пьянства, впрочем, не идут. Вот, например, Слава, мой отец семейства, уже был однажды доставлен сюда с тяжелой травмой, однако вывод из нее сделал и пить не бросил. На днях его снова привезли к нам.

А случилось вот что. После утренней гимнастики вышел он на балкон покурить. Но никак не удавалось ему (по попятным причинам) зажечь спичку. А когда зажег, то не смог удержать сигарету, она выскользнула из рук и зацепилась за край балкона. Слава потянулся за ней и... «по-

травма позвоночника. В результате — тяжелая травма позвоночника.

Нам вот еще одна жертва алкоголя — молодой человек лет двадцати пяти. Получил травму в пьяной драке.

Бедняга имел весьма жалкий вид: голова забинтована, лицо с косым ртом похоже на бифштекс. Под глазами отеки, а глазные яблоки красные, как у кролика. Словом, красно-буро-лиловое месиво вместо лица.

Вот почему я и старался постоянно беседовать со своими соседями по палате о вреде алкоголизма. Только что от него пострадавшие, они слушали меня очень внимательно, со многим соглашались. Но вряд ли случившаяся с ними беда в результате выпивки и мои беседы могли их перевоспитать. Даже оставшись после травмы калеками, почти все они вновь начинали пить. Вроchem, нет. В дальнейшем я узнал, что все-таки трем-четырем из нескольких десятков своих сопалатников я сумел заронить в душу сомнение, которое после выхода из больницы переросло у них в твердое убеждение — алкоголь ведет к травмам, болезням, недолгой жизни — значит, пора с ним кончать. Кое-кто из этих «воскресших» навещал потом меня в больнице, а один бывший алкоголик отыскал даже через несколько лет (прочитал обо мне в газете) и пришел поблагодарить за спасение.

Сказал, что беседы мои запали тогда ему в душу, но еще больше поразило то, как я боролся со своим недугом, как постепенно оживал и возвращался к жизни. И тогда он разозлился на себя («озверел прямо от злости») на свое безвольное и цыкчемную жизнь и сказал твердо: «Хватит!»

Случай, конечно, редкий, и поэтому я воспринял его как самый дорогой подарок. Я был безмерно счастлив, видя это возрождение человека, прекрасно понимая, какого душевного усилия стоило ему это воскрешение. А он, торопливо, словно боясь, что я перебую его, рассказывал, какое счастье «не заливать глаза водкой», а жить как нормальные люди.

Не знаю, кто из нас был более счастлив от происшедших с бывшим алкоголиком перемен — он или я. Спасенная жизнь... Что еще может быть дороже для врача, да и вообще для каждого человека, живущего с добром в сердце?

Увиделись мы с моим подопечным много лет спустя после моей выписки из больницы. А пока еще я нахожусь здесь и веду беседы о здоровье со своими товарищами по несчастью. Нет, не зря я трачу на разговоры о смысле жизни свою последнюю энергию, не зря рисую перед слушателями печальные картины их будущего. Что-то, пусть немного, обязательно останется в их сознании уже сейчас. Они как-то меняются даже в отношении друг к другу, а уж обо мне и говорить не приходится — сплошное внимание.

Ходячие больные все чаще подходят к моей постели и пытаются оказать различные услуги, вызывают медсестру, когда мне уж очень плохо, а главное — стараются меньше курить в палате, зная, как тяжело я переношу табачный дым.

О вреде курения у нас тоже идет постоянный разговор. Я рассказываю случаи из спортивной жизни, когда курящие спортсмены (есть еще, к сожалению, и такие) проигрывали менее сильным соперникам, знакомя со статистикой онкологических заболеваний на почве курения.

Для чего я все это сейчас рассказываю? У лежащих больных, в подавляющем большинстве (и это можно понять), мир сужается до рамок только собственного горла. Их, как правило, мало

интересует то, что происходит вокруг, не волнует состояние ухаживающих за ними людей, бедные душиные ко всему, кроме своей болезни, равнодушно (и бесполодно) гибнут и губят тех, кто живет с ними рядом. Но это удел агонистов, удел духовно слабых людей. Большинство из них и в полном здравии думали только о себе и жили лишь в свое удовольствие. Подобным людям особенно страшно оказаться прикованными к постели. И болезнь их — тяжелейшее испытание для окружающих. Очень часто такие больные остаются почти в полной изоляции: знакомые и друзья постепенно исчезают, и только самые близкие продолжают годами нести свой крест.

По собственному опыту знаю, что в каком бы тяжелом положении ты не находился, сделай все возможное, чтобы, во-первых, окружающих оно как можно меньше тяготило, во-вторых, займись обязательно каким-нибудь делом, в-третьих, будь полезным и интересным для тех, кто рядом с тобой, и, в-четвертых, стань борцом за свое восстановление. Все это привлечет к тебе сердца людей, ты никогда не останешься в одиночестве, каким бы тяжелым больным ни был, и шанс восстановиться у тебя значительно повысится.

Приносило большое удовольствие то, что соседи по палате, наблюдая за моими упражнениями, тем, что я по нескольку раз в день делаю лечебную гимнастику, что много читаю и пишу, как-то сами подтягивались. Кто-то прежде позволял себе капризничать, беспокоить часто медсестру, кто-то постоянными стопами и жалобами стремился привлечь к себе внимание окружающих. Однако, видя, что человек, пострадавший гораздо больше их, не только терпеливо переносит муки и яростно борется с ними, но еще и другим помогает одолеть болезнь, мои товарищи начинали менять свое поведение. Тем самым они помогали врачам лечить их, а меня, видевшего происходящее в них перемены, делали сильнее.

«Интеллектуальное» общение, конечно, очень скрашивало наши печальные будни, делало жизнь здесь терпимее. Но ведь палата, в которой мы лежали, была предназначена для тяжелобольных. Забывалось это лишь на тот момент, когда мы вели наши вечерние беседы. Но порой наступали дни, когда нам всем было не до бесед и лекций — мы становились участниками страшных человеческих трагедий.

В один из таких дней в окружении близких тяжело умирал от смертельной травмы (перелом основания черепа) молодой человек лет двадцати пяти. Врачи пытались спасти его. Народу в палате собралось много: родственники больного, врачи, медсестры. Дверь и окна плотно закрыты, чтобы не простудить умирающего, и в палате от зловонных испарений человеческих тел, разгоряченных высокой температурой, мочи, лекарств стало нечем дышать. Когда я предложил открыть форточку, на меня набросились со всех сторон:

— А если мы его простудим и он получит осложнение легких?

Я пытался объяснить, что несчастному свежий воздух не повредит (ему уже ничто не могло ни повредить, ни помочь), но в ответ снова получил дружный отпор.

Время перевалило уже далеко за полночь, но ни я, ни другие больные уснуть не могли: рядом умирающий человек, за жизнь которого борются врачи, дышать нечем и прямо в лицо бьет яркий свет.

Временами мне казалось, что и тоже умираю — состояние было ужасное. Потом и как-то отупел, не слышал уже стонов умирающего, притерпелся

к мертвому воздуху, и только яркий свет продолжал меня пытать. Дело в том, что некий человек светонепроницаем, и поэтому, даже когда глаза закрыты, небольшое количество света все-таки проходит и раздражает зрительный нерв. Но такое освещение должно быть в больнице, а только индивидуальное, для каждого больного.

Тщетно ищу положение, чтобы спрятаться от яркого света, укрыться от него. Но не получается — и ведь не могу самостоятельно лечь на бок, повернуться к стенке. Прикрыл глаза рукой, но она быстро затекла. Натянул на голову одеяло, но под ним совсем дышать нечем.

От шума начинает ломить виски. Напряжение становится невыносимым, я готов кричать, звать кого-то на помощь. Но кого? Всем сейчас не до моих страданий.

Никогда не было у меня такой беспокойной ночи, ночи самых настоящих пыток. Измученный наконец, я все-таки под утро заснул, а когда проснулся, в палате было тихо-тихо, воздух с улицы медленно просачивался через приоткрытую форточку. Кровать, на которой почти сутки шла борьба за жизнь, была пуста.

Мой товарищи, тоже измученные бессонной ночью, еще спали. А я лежал и думал о нашей гуманной и жестокой медицине. О той самоотверженной борьбе, которая шла за жизнь едва живого (почти уже мертвого) человека, я проявляемой в этот момент жестокости к пяти тяжело-больным, но вполне еще живым людям.

Смерть на глазах чужих людей, невольных свидетелей, — это как казнь на площади. Неужели нет возможности поместить покидающего наш мир человека в отдельную палату? Чтобы он не видел нас, а мы его. Ведь мы тоже умирали вместе с ним, и сколько еще дней нам придется приходить в себя... Полученные отрицательные эмоции никак не будут способствовать нашему лечению, и врачам прибавится работы, ведь каждый из нас стал более больным, чем был до этой ночи. Но, судя по всему, все это не приходит нашим спасителям в голову.

(Продолжение следует)

ВЫ ХОТИТЕ ПОХУДЕТЬ!

Малое предприятие предлагает оригинальные методики, разработанные французскими учеными:

1. «Стройные ноги и узкие бедра — это так просто!»
2. «Как похудеть за 2—3 месяца».
3. «Лицо и шея без морщин».
4. «Красивая грудь и прямая осанка — мечта любой женщины».
5. «Всегда подтянутый живот».

Методики, рассчитанные на любой возраст, помогут Вам избавиться от лишнего веса и сделать свою фигуру более гармоничной.

Заявки и конверты с обратным адресом направляйте по адресу:
196105, С.-Петербург, а/я 772, МП «ДК».

ОРГАНИЗАЦИЯ предлагает частным лицам и предприятиям

— разработанные садовые участки размером девять соток, расположенные в 50 км от Санкт-Петербурга, с установленными садовыми домиками,

— садовые домики размером 5,4 X 5,4 м², утепленные щитовые, с мансардой.

Контактный телефон: (812) 265-69-25
с 10 до 16 часов

Адрес: 187026, Ленинградская область,
Тосненский р-н, г. Никольское,
ул. Первомайская, 2, кв. 79

Подготовлено АО «МИФ»,
тел.: (812) 312-39-06, 314-78-93

Ю. Ф. Марченко

ИМХОТЕП —
ВЕЛИЧАЙШИЙ КОРИФЕЙ
ДРЕВНОСТИ

На стенах древнеегипетских храмов в Карпаке, Эдфу и на острове Филе сохранились изображения сидящего на троне мужчины, в руках которого жезл и иероглифический знак «анх», означающий жизнь.

Соответствующие надписи поясняют, что это бог врачевания — Имхотеп. Долгое время считали, что Имхотеп — это мифический образ, созданный народной фантазией. Некоторые египтологи доказывали, что Имхотеп — это некая ипостась бога Пта, вызванная потребностью в новых божествах, воплощающих проявление интеллектуальных способностей. А видный египтолог Ф. Пиммерманн доказывал, что Имхотеп — это результат обожествления часто упоминаемой в текстах формулы «им-хотеп» — «идущий в мпре». Однако при более тщательном изучении документов, связанных с именем Имхотепа, египтологи получили множество свидетельств того, что Имхотеп — это реально существовавшая личность, удивительно талантливый и разносторонне одаренный человек.

Вместе с тем делать какие-либо однозначные выводы о том вкладе, который внес Имхотеп, в развитие общечеловеческой цивилизации, надо осторожно. Всегда надо помнить, что чем глубже мы уходим в своих поисках в прошлое (а в данном случае это пять тысяч лет назад), тем беднее оказывается добываемая информация.

Из расшифрованных надписей, посвящений, текстов, сохранившихся на стенах храмов, на статуях, стелах, а также на папирусах, об Имхотепе известно следующее.

Родился он в городе Апхтоу, недалеко от Мемфиса, столицы Древнего Египта. Год рождения точно установить не представляется возможным. Считается, что Имхотеп родился в период между 2800 и 2700 гг. до н. э. День же рождения Имхотепа известен точно — это 16-й день третьего месяца периода сбора урожая, по нашему календарю это 31 мая. На протяжении тысячелетий эта дата торжественно отмечалась по всей территории Древнего Египта.

Сохранились упоминания о родителях Имхотепа. Им были скульптор Капофер и египтянка по имени Кхедуанх. Позднее, уже после смерти, когда Имхотепа начинают почитать как бога врачевания, — его отцом не мог быть простой смертный, и им становится Пта — главное божество города Мемфиса, бог творческого созидания и разума, покровитель служителей искусств и ремесел.

Как и все дети должностных лиц, Имхотеп, вероятно, получил образование писца и благодаря своему природному дарованию и полученным от отца знаниям достиг царских почестей. На полтаменте плохо сохранившейся статуи фараона III династии Джосера, найденной в 1928 г. в святилище, предназначенном для заупокойных статуй умершего, удалось прочесть имя дарителя: «...ви-

зирь фараона Верхнего и Нижнего Египта, администратор Большого Дома, наследный вельможа, верховный жрец Гелиополя, Имхотеп...» Этот факт указывает на близкую связь Имхотепа с фараоном и на очень высокое положение, которое он занимал.

Период жизни Имхотепа приходился на очень важную фазу в развитии египетской цивилизации — переход от архаической монархии отдельных областей к централизованной власти. К этому времени консервативные сепаратистские тенденции окончательно уступили место единой рациональной системе правления. При такой системе стало возможным создание мощной продуманной ирригационной системы. Следствием перехода к системе искусственного орошения явилось резкое повышение производительности труда. Урожай стал гарантированным и весьма высоким. Появилась возможность накопления материальных благ, стало быстро расти население.

В связи с тем что проблема удовлетворения потребностей в продуктах питания решалась минимальным количеством рабочих рук, возникла проблема занятости освободившихся работников. Их начинают использовать для монументального каменного строительства, апофеозом которого явился заупокойный ансамбль фараона Джосера в Саккара, созданный Имхотепом.

По образному выражению русского писателя Розанова В. В., «с этого времени в Египте начинается такой подъем жизненной энергии, сочных и ярких сил, какого никогда не существовало ни в Греции, ни в Риме. Греки гениально творили на протяжении каких-либо трехсот лет, римляне — на протяжении четырех столетий, но Египет не уставая, весело, с улыбкой творил, по крайней мере, три тысячи лет. И все это без усталости, без исторического утомления. Родник этого лежит в отношении египтян к миру, в их понятиях о душе, совести, о жизни на Земле и судьбе души после смерти».

В отношении продолжительности жизни Имхотепа не сохранилось точных сведений. Известно, что умер он в преклонном возрасте 17 числа четвертого месяца периода сбора урожая, по нашему календарю это 1 июля.

Итак, пять тысяч лет назад Имхотеп был «обычным» смертным, современником фараона III династии Джосера. После смерти Имхотеп становится полубогом, т. е. человеком, которому боги даровали бессмертие. Затем через несколько веков на протяжении почти трех тысячелетий его почитают как полноправного бога — бога врачевания. С IV в. н. э. начинается период постепенного забвения Имхотепа, и только после того, как в XIX в. были расшифрованы древнеегипетские иероглифы, имя Имхотепа начинает постепенно возрождаться из небытия.

Огромное значение придается обнаружению места захоронения Имхотепа, что дало бы ответ на многие вопросы, связанные с жизнью и деятельностью этого талантливого человека. Однако ни одной археологической экспедиции не удалось добиться успеха в этом направлении.

Всю свою сознательную жизнь посвятил поискам гробницы Имхотепа профессор египтологии Лондонского университета Уолтер Брайен Эмеру. Изучив все сохранившиеся документы, Эмеру пришел к выводу, что гробница Имхотепа находится в невриконовности и ее следует искать вблизи древней столицы Египта в некрополе Саккара, занимающем площадь длиной 7 км и шириной от 500 до 1000 м. Поиск гробницы Имхотепа затруднен тем, что саккарский некрополь использовался для захоронений на протяжении несколь-

ких тысячелетий и на месте древних гробниц часто воздвигались новые.

10 декабря 1964 г. на глубине 10 м Эмеру находит вход в лабиринт со множеством помещений. Статуэтка Имхотепа и огромное количество забальзамированных мумий священной птицы ибиса убеждали Эмеру, что он вскоре сможет найти мумию древнего врачевателя. Однако, все оказалось напрасным. После нескольких лет напряженной работы в подземном лабиринте Эмеру вынужден был признать, что это не захоронение Имхотепа. Эмеру был разочарован, но не обескуражен. Он приступает к новым поискам, но неожиданно 11 марта 1971 г. во время очередных раскопок Эмеру умирает от паралича. Газетные корреспонденты причину смерти английского египтолога увязали с загадочным феноменом, именуемым «месть фараонов». После этого целенаправленный поиск места захоронения Имхотепа прекратился.

Статуэтка Имхотепа, найденная Эмеру, пополнила богатую коллекцию изображений египетского врачевателя, хранящихся в музеях мира. В Английском музее истории медицины находится 48 статуэток Имхотепа, в Государственном Эрмитаже — 9 бронзовых и 1 фаянсовая. Типичную бронзовую статуэтку Имхотепа можно увидеть в ГМИИ имени А. С. Пушкина. Ее высота 14,5 см, создана она, как полагают, в VII—IV вв. до н. э. Имхотеп изображен сидящим (ноги утрачены), на поясе — короткое плиссированное одеяние, на шее — три ряда ожерелий, состоящих из трубочек и лепестков лотоса. В руках он держит свиток папируса с надписью «Имхотеп».

Большая часть статуэток Имхотепа найдена в Саккара, но имеются исключения. В 1912 г. миниатюрную статуэтку египетского бога врачевания обнаружили за пределами Египта на территории нашей Родины. Вот как об этой находке написал русский археолог Н. И. Веселовский: «Статуэтка Имхотепа найдена в кургане станции Марьинской (Кубанской области), расположенном на правом берегу р. Кубани в 30 верстах на запад от г. Екатеринодара. Курган высотой 6,4 м окружен широким рвом. В нем устроен большой деревянный склеп...»

В склепе найдено 10 скелетов. У первого скелета были найдены следующие предметы: золотой перстень, два соединенных между собой кольца, четыре привески и миниатюрная, высотой 1 см, статуэтка Имхотепа. Никаких других предметов в склепе не обнаружено.

«Фигурка из грязно-зеленой пасты изображает Имхотепа в обычной позе: он сидит и держит папирус руками на коленях. Грубость работы и незначительность размеров лишают возможности ясно различать все это, особенно папирус, но присутствие последнего едва ли подлежит сомнению».

Задняя подставка снабжена дырочкой, что указывает на то, что предмет носился как амулет. Ближе всех к ней по форме, работе, материалу и размерам подходит фигурка № 38065 Египетского музея в Каире, найденная в Саккара, но она высотой 3 см, черты у нее более резкие. Сзади фигурки также имеется специальное ушко для подвешивания. Фигурка эта относится к эпохе правления Птолемея.

Итак, попытаемся собрать поедино все сведения, имеющие отношение к Имхотепу: ученому, философу, архитектору, строителю первой египетской пирамиды, математику, астроному, врачу, а возможно, и основателю медицинской науки.

ИМХОТЕП — ВРАЧ

В Древнем Египте все достижения в медицине связывались с именем Имхотепа. В его честь сооружались храмы, в которых жрецы излечивали страдающих от различных недугов, руководствуясь наставлениями Имхотепа. Благодарные пациенты после выздоровления заказывали у известных и совсем неопытных скульпторов статуэтки Имхотепа, на постаментах которых выражали свою признательность великому врачевателю. Эти статуэтки большей частью бронзовые, но встречаются и из фаянса. Первые отличаются изяществом и особой тщательностью изготовления, вторые более грубые. Как правило, Имхотеп представлен сидящим с развернутым папирусом на коленях, его голова — бритая, как у жреца. В редких случаях Имхотеп изображался без папируса или стоящим.

О развитии медицины во времена жизни Имхотепа трудно сделать какие-либо определенные выводы. В этом плане интерес может представить сообщение историка Манефона, жившего почти 2500 лет после смерти Имхотепа, о том, что многие книги по медицине были написаны во времена правления фараонов первых династий. К этому следует добавить, что сравнение отдельных предписаний в сохранившихся папирусах показывает, что они взяты из одного и того же древнего источника.

От эпохи Древнего Египта до наших дней сохранилось всего 10 медицинских папирусов, получивших свои названия по имени первых владельцев (Эдвин Смит, Херст, Честер Биттл, Карлсберг), или по месту находки (Кахунский, из Рамзессума), или по названию города, где хранятся (Берлинский, Лондонский, Лейденский), или по имени первого издателя (Эберс).

Наиболее древним медицинским папирусом является Кахунский, датированный примерно 1850 г. до н. э. Папирус посвящен описанию женских болезней, акушерским проблемам. Имеются в нем также фрагменты о лечении животных.

Столь же древним является и папирус из Рамзессума, в котором даются советы по гинекологии и по лечению так называемой негибкости членов.

Найденный в Саккара в храме Ата в кувшине на глубине 3 м медицинский папирус был написан примерно в 1300 г. до н. э. В папирусе, названном Берлинским, имеются главы, посвященные ревматизму; приводятся способы распознавания, сможет ли женщина родить; даются советы, как определить пол будущего ребенка. Распознавание женщины, которая сможет родить, проводилось с помощью растения бедедука. Растение растиралось и смешивалось с молоком женщины так, чтобы все превратилось в жидкую массу. Затем эту массу давали проглотить женщине, если ее вырвет — то будет рожать, если вснухит — то никогда не будет рожать. Для установления того, кто родится, мальчик или девочка, рекомендуется смочить зерна ячменя и пшеницы мочой беременной женщины и посмотреть, что прорастет раньше: если первой прорастет пшеница — будет девочка, если ячмень — то мальчик.

В Лондонском папирусе на 18 страницах основное внимание уделено магическим приемам лечения. Вместе с тем там приводятся и рациональные рецепты, такие, как применение бычьей печени, в изобилии содержащей витамин А, для лечения куриной слепоты; употребление клешивины, имеющей в своем составе касторовое масло, при желудочно-кишечных заболеваниях.

В папирусе Хорета на 17 страницах описываются болезни костей.

Наибольшее познавательное значение имеет папирус Эберса, составленный из 108 листов, склеенных вместе. Это справочник врачей-практиков, датированный 1500 г. до н. э., содержит выдержки из более древних трактатов с рецептами лечения различных болезней, диагностическими описаниями, советами, что надо предпринять при укусах насекомых и крупных животных. В папирусе имеется косметический раздел. В нем даются советы для разглаживания морщин, удаления родинок, изменения цвета кожи, окраски волос и бровей, усиления роста волос и даже исправления косоглазия. В качестве лекарственных средств рекомендуются растения, минералы, вещества животного происхождения. В 877 параграфах, помимо рецептов, излагаются мысли о проблемах жизни, здоровья и смерти. Дается теоретическое обоснование, учения о сердце и кровеносных сосудах. Указывается, что от сердца кровь по 22 сосудам поступает ко всем членам. Оценивая эти сведения, академик Струве В. В. писал: «В ряде египетских медицинских папирусов мы находим свидетельство существования замечательного учения, названного «Тайна врача — знание хода сердца и знание сердца». Это первый засвидетельствованный в истории человечества проблеск научной теории о возбудителе болезни. Он устанавливает, что основной причиной болезни человеческого организма является изменение в системе кровеносных сосудов, связанных с сердцем, а не чары магов, ведьм и злых духов».

Знаменитый хирургический папирус Эдвина Смита поражает своей исключительной научной точностью и ясностью изложения при отсутствии религиозно-магических наслоений. Папирус имеет очень четкую и строгую композиционную форму. В нем на 22 страницах описаны 48 видов травм и способов рационального лечения их. Сначала перечисляются травмы головы, далее речь идет о травмах горла, ключицы, предплечья, грудной клетки, позвоночника. На этом месте папирус обрывается. В папирусе приводятся указания, как проводить обследования больного: сначала надо с опроса, затем провести детальный осмотр его, изучить пульс и сообщить, как требовала этика того времени, одно из трех возможных мнений врача о болезни пациента: болезнь, которую я буду лечить; болезнь, с которой я буду бороться; болезнь, которую нельзя вылечить. Примечателен и подход врачей к проблеме, сообщать ли пациенту всю правду о его болезни. Их аргументы: «Нас трое: ты, я — твой врач и болезнь. Если мы с тобой возьмемся за болезнь, она останется одна и отступит». «Тот, кто ложью хочет лишить тебя ответственности за самого себя, за свою судьбу, за свою болезнь, свою смерть, делает тебя слабым». Помимо чисто практических советов, в папирусе упомянут явно безнадежный случай, имевший для врача только теоретический интерес. Описываются трагические последствия падения человека вниз головой с большой высоты, в результате чего голова вошла в плечи, позвонок в трех местах сломался и один позвонок вдавлен в другой. Пострадавший потерял слух, речь, у него оказались парализованными руки и ноги. И далее следует древнейшее свидетельство замечательнейшего открытия, которое когда-либо было сделано в древней науке: повреждение мозга влечет за собой болезненное состояние других частей тела. По поводу такого состояния пациента врач уверенно говорил: «Это болезнь, которую нельзя вылечить».

Дошедшие до нас рукописи медицинских трактатов восходят к очень древнему времени. Как правило, это третьи или четвертые списки древних медицинских книг, или, точнее, свитков. Древность этих источников подтверждается прямыми ссылками в текстах. Так, в папирусе Эберса приведено средство для ращения волос, которое впервые было приготовлено для матери фараона I династии Атоти. В этом же папирусе имеются сообщения о том, что одна из книг о кровеносных сосудах была найдена под скульптурным изображением бога Анубиса в Летополе во времена третьего фараона I династии Усефая. Примерно о том же говорится и в Берлинском папирусе.

Итак, не подлежит сомнению тот факт, что уже в глубокой древности египтяне смогли подняться до больших высот в области врачебного искусства.

Об организации медицинской помощи в Древнем Египте известно немного. Так, мы не можем точно сказать, каждый ли жрец был врачом или врач входил в состав жреческой касты. Известно, что их число было велико и занимали они очень высокое социальное положение. Врачи в Египте были как бы чиновниками, они жили при храмах и на доходы, получаемые от земель, принадлежавших храмам. Дополнительно на их содержание выделялась часть государственных сборов. Особо отмечается, что врачи не получали никаких вознаграждений от пациентов.

В своей практике врачи были обязаны строго придерживаться указаний, изложенных в папирусах, подобных, по всей видимости, сохранившимся папирусам Эберса и Э. Смита. Таких сборников было всего шесть. Одновременно, как сообщают греческие авторы, в Египте существовало еще 36 медицинских трактатов, таких, как «Книга сердца», «Книга глазных болезней». Доступ к этим книгам имели только верховные жрецы. При лечении по этим книгам принималась в расчет целительная сила души и некие внеземные силы. По всей видимости, число медицинских книг — 36 — не случайно. Это число в Древнем Египте имело некий магический смысл: в сутках у них было 36 «часов», в году — 36 декад, на небе — 36 ярких звезд, особо почитаемых.

Лечение в значительной степени заключалось в разработанной системе внушения, практиковалось воздействие во сне на психику человека. При многих заболеваниях, в том числе и острых, лечение в течение первых четырех дней было выжидательным. Это обосновывалось тем, что несвоевременным и неуместным вмешательством можно нарушить естественное течение болезни и отрицательным образом повлиять на целительную силу природы.

Само лечение состояло в употреблении психических средств, обязательным при болезни было соблюдение диеты. Для лечения любой болезни существовало несколько рецептов, а потому принималось во внимание то, что одни лекарства действуют быстро, другие — медленно, что не все лекарства могут быть применены во все времена года. Египтяне полагали, что каждый орган в большей степени, чем обычно, предрасположен для воздействия в определенный час дня.

Недавно современные специалисты по биоритмам подтвердили эти наблюдения древнеегипетских врачей. Так, установлено, что часом биологического расслабления печени является 19 часов, а мочевой системы — 3 часа ночи.

Египетский врач должен был считаться с возрастом больного. Лекарства из пивных дрожжей, зеленых фиг и некоторых растительных веществ, которые назначались взрослым, запрещено было

давать детям. Припарки вокруг тела из папируса, пропитанного различными маслами, чаще всего назначались детям. Различия делались и между детьми.

Все это дает основание предполагать, что врачи Древнего Египта с большим вниманием относились к обобщенным практическим выводам, что можно считать началом медицинской науки. Определенный интерес могут представить достижения древних египтян в различных областях медицины.

Гигиена. В Древнем Египте одной из наиболее развитых областей являлась гигиена. Показательно в этом отношении сообщение Диодора Сицилийского (90—21 гг. до н. э.): «Образ жизни египтян был так целесообразно урегулирован, что можно было бы видеть в нем не плод законодательного творчества, но работу дельного врача, сумевшего разработать его согласно правилам науки о здоровье».

Проведение в жизнь гигиенических предписаний было облегчено тем, что они имели форму религиозных правил и заповедей. При выработке этих правил четко прослеживается принцип, что болезнь легче предупредить, чем излечить. Для египтянина это было очевидным. Это видно из того, что в профилактических целях и здоровому человеку рекомендовалось раз в десять дней принимать рвотные и слабительные лекарства. Египтянам предписывалась умеренность в еде, опрятность, обязательность частых омовений и растирание тела мазями. Они обязаны были носить чисто выстиранное полотняное платье белье. Крайне негативно они относились к ношению шерстяной одежды, в такой одежде запрещалось входить в храм. Египтяне серьезно относились к закаливанию в детском возрасте, их дети обязаны были ходить босиком. К области гигиены следует отнести и обязательное истребление насекомых в домах.

Очень трудно объяснить, каким образом египтяне приобрели осведомленность в дезинфицирующих свойствах ароматических смол — ладана, мирры и т. п., так как деревья, из которых их получают, в Египте не растут. В основном с целью приобретения этих ароматических смол древние египтяне снаряжали многотрудные и многомесячные экспедиции в страну Пунт (теперешнее Сомали). Важно отметить, что первые упоминания об использовании ладана и мирры, обладающих антисептическими и противомикробными действиями, в храмах при больших скоплениях людей относятся к эпохе древнего царства, т. е. ко времени жизни Имхотепа.

Итак, соблюдение гигиенических предписаний вместе с благоприятным климатом делало египтян самыми здоровыми из всех древних народов. Своим умением сохранить себя здоровыми они казались до того искусными, что на каждого египтянина иностранцы смотрели как на врача-лечителя всех болезней.

Физическая культура. Древнегреческий философ Платон после посещения Египта восторженно писал: «Исконно, видимо, было признано египтянами то положение, которое мы сейчас высказали: у молодых людей должно войти в привычку занятие прекрасными телодвижениями и прекрасными песнями. Установив, что прекрасно, египтяне объявили об этом на священных празднествах, и никому — ни живописцам, ни другому кому-то, кто создает возможные изображения, ни вообще тем, кто занят музыкальным искусством, не дозволено было вводить повествования и псалмы, что-либо иное, не отечественное, не допускается это и теперь».

Наиболее древний из известных рельефов на спортивную тематику изображает победу фараона Джосера, современником которого являлся Имхотеп, в культовом состязании по бегу. Со всей очевидностью бег царя-бога объясняется теми же мотивами, что и испытания героев греческой мифологии и современных вождей отдельных африканских племен, в ходе которых кандидаты физическими достижениями подтверждают, что они достойны быть избранными.

Позднее испытания в беге при избрании царя были вытеснены борьбой, лучше выражающей превосходство в силе и ловкости. Наиболее ранний памятник, связанный с борьбой, датируется серединой III тысячелетия до н. э. — это изображение серии движений в гробнице в Саккара. Оно свидетельствует о владении фараоном техникой борьбы и его боевом настрое.

В древних гробницах много изображений танцующих фигур, но напрасно искать в этих фигурах мотивы нежности и чувственности. Движения рук похожи на те, которые делаются при гребле. Упражнения с поворотами, «мосты», по нынешним понятиям, ближе к гимнастике, нежели к танцам.

На рисунках и рельефах Древнего Египта часто изображались парные игры с мячом. На них можно видеть только бросающих мяч или бьющих по мячу игроков, которые никогда не борются за мяч. На этом основании был сделан вывод, что игры с мячом культивировались для эстетического воспитания и веселого времяпрепровождения и что физической культуре Древнего Египта были не известны командные игры.

На стенах храмов запечатлены соревнования гребцов, зрелищные бои на лодках, а также «соревнования» по фехтованию на палицах. На рисунках рядом с борющимися изображены, по всей видимости, судьи, которые руководят поединками в соответствии с выработанными правилами. Очень часто египтянам противостоят, судя по характерным признакам, представители Нубии, Ливии и других народов. Такие поединки организовывались, вероятно, для того, чтобы продемонстрировать устрашающее превосходство воинов фараона, а не сопоставить степень владения спортивной техникой, поэтому они и не могут считаться предтечами международных соревнований.

Фармакология. В сохранившихся папирусах содержится множество рецептов лекарств. В состав большинства этих лекарств входят растения, из которых делают мази, примочки, микстуры, припарки. Сохранился рецепт одной из припарок, состоящей из 37 ингредиентов. На основании изучения рецептов древнеегипетских врачей удалось расшифровать названия отдельных растений. Среди них встречаются такие, которые применяются с успехом и в наши дни: алоэ, апис, белена, семона льна, подорожник, лук, мак, фики, можжевельник. А вот примеры описаний из неразгаданных рецептов: растение сенутетраста на животе, т. е. ползучее, растение падет — у него цветы, как у лотоса, а также гну, дау и т. п.

В папирусах описывается процесс приготовления лекарств. Вот пример приготовления мази для рашения волос: «Когти борзой собаки, цветы финиковой пальмы, ослиные копыта сварить в масле до готовности, растереть и втирать в голову». Необходимо отметить, что эти прописи не так уж нелепы, как кажется на первый взгляд. В настоящее время установлено, что копыта, рога и когти состоят из рогового вещества кератина, белкового вещества. Характерный признак 29

содержание в них серосодержащих аминокислот, при термической обработке которых выделяются сернистые соединения. А сера почти неизменно входит в состав различных современных лекарственных средств. Только для получения серы сейчас нет необходимости сжигать или варить рога и копыта.

В папирусе Эберса описаны обезболивающие и снотворные свойства дна-дна — бесстеблевого растения с длинными широкими листьями и сложным корнем. Это — мандрагора, растение, обладающее целым рядом интересных свойств. Напиток, приготовленный из дна-дна, приводил человека в бесчувственное состояние на несколько часов. Интересно, что мандрагору, не произрастающую в Европе севернее Средиземноморья, на Руси тем не менее знали как «сонное зелье», «сон-траву». Русские сказочные жар-птица, Перунов цвет, скакун-травы и многие другие ведут свою родословную от мандрагоры. Условия их поиска, обставленные таинствами, обрядами и заклинаниями, а также условия, при которых они даются в руки только в определенное время и только богом избранным людям, поразительно одинаковы.

Физиология. Египетские врачи с древних времен стремились понять механизм осуществления функций живого организма. И в этом они достигли больших успехов. Видное место они уделяли крови, по более важной субстанции считали «пневму», понимаемую как содержащееся в воздухе невидимое вещество. С вдыхаемым воздухом «пневма» поступает в легкие, оттуда в сердце, а затем по артериям разносится по всему телу. По убеждениям египтян, здоровье человека сохраняется лишь до тех пор, пока свойства крови и «пневмы» нормальные. Болезнь — результат изменения этих свойств, во многих случаях имеющих характер гниения. Верность этих наблюдений может подтвердить любой современный врач.

А вот еще один пример достижений египтян в области физиологии. До недавнего времени египтологи не могли объяснить значение слова «мету». Так в древнеегипетских текстах назывались линии, связывающие некоторые части лица, носа, пальцев, ступней ног с внутренними органами. В частности, одна из таких «мету» связывала сердце и мизинец. Отсюда и обычай погружать мизинец в жертвенные напитки как доказательство особой сердечности. И вот несколько десятков лет назад современная наука о жизнедеятельности организма выдвинула смелую гипотезу о существовании, помимо нервной и гуморальной, еще одной регулирующей системы. Функции этой системы состоят в передаче информации внутренним органам от периферийных частей тела, связанных с внешней средой. Основываясь на этой гипотезе, президент английского общества акупунктуры Феликс Мани доказал, что на Лондонском папирусе изображена схема меридианов — «мету» тела человека. Выявить существование меридианов в наше время удалось только путем тщательного анализа воздействий на определенные внешние участки тела. Невероятно, но оказывается, открытие современной физиологией третьей регулирующей системы было достоянием египетских врачей-практиков три с половиной тысячи лет назад, а возможно, и ранее.

Хирургия. В Древнем Египте со времен Имхотепа были известны методы лечения переломов костей, хотя описаний таковых мы и не найдем в сохранившихся папирусах. В данном случае основание для такого утверждения дают многочисленные находки хорошо сросшихся костей у

мумий, захороненных даже в начале I тысячелетия до н. э. В отдельных случаях сохранились и лубки вокруг конечностей с материалом, напоминающим бинты. Таким образом, методы лечения древних врачей немногим отличаются от современных.

Судя по изображениям в храмах, египетские хирурги делали ампутации, перевязывали гноящиеся раны, ставили банки, для чего использовали рога животных. Отваживались они и на более сложное хирургическое вмешательство. Скальпели, ножи, иглы с тщательно отполированной поверхностью известны нам по находкам в гробницах. Там же найдены средства для прижигания, используемые для разрушения опухолей и остановки кровотечений.

Стоматология. В древнеегипетских текстах встречается выражение «он, который заботится о зубах». Обследование черепов, найденных во время раскопок могил периода жизни Имхотепа, показало, что египетские дантисты производили сложные операции по удалению гноя при воспалении надкостницы, занимались они и протезированием, скрепляли шатающийся зуб с соседним золотой проволокой.

Зубную боль и разрушение зуба египтяне объясняли наличием «червя, который растет в зубе». Для оздоровления полости рта, укрепления зубов и прекращения процесса воспаления десен врачи рекомендовали прикладывать пасты и проводить полоскание рта растворами и настоями некоторых трав.

Офтальмология. Высокая степень светового излучения в Египте неблагоприятно действовала на органы зрения, по этой причине лечению глазных болезней с давних пор уделяется повышенное внимание. Так, в папирусе Эберса болезням глаз посвящено немало страниц текста. Кроме обычных определений страданий, как, например, слепота, кровь в глазу, воспаление глаз, описываются катаракта (помутнение хрусталика глаза), лейкома (бельмо) и т. п. В папирусе приведены подробно разработанные методы лечения глазных болезней. После некоторых рецептов в папирусе имеются пометки красными чернилами: «Заметь это, так как это действительно хорошее средство».

О рациональном подходе египтян к лечению глазных болезней свидетельствует рекомендация использовать бычью печень, богатую витамином А, при куриной слепоте.

Интересно отметить, что врачи Древнего Египта прекрасно знали о существовании связи между заболеваниями глаз и ушей. Это отчасти можно объяснить их представлениями о распределении кровеносных сосудов, которые направляются сперва к вискам и ушам, а затем к глазам, а может быть, на основании наблюдений, когда при страданиях глаз постоянно отмечаются сверлящие и мучительные боли в ушах. Конкретные рецепты лечения болезней глаз, могущей привести к потере зрения: «Возьми воду из обоих глаз свиньи, настоящую черную краску для глаз — 1 часть, красной охры — 1 и продукт брожения меда. Все тщательно растереть, приготовить смесь и вводить в ухо человека. Он тотчас станет здоровым».

Бальзамирование. На высокое развитие медицинских познаний в Египте положительное влияние, несомненно, оказал обычай бальзамировать трупы, который привел к раннему знакомству с внутренним строением человеческого тела. Обычай бальзамирования трупов соответствовал религиозному убеждению египтян в том, что жизнь человека бесконечна и продолжается она и после

смерти, но непременным условием для этого является сохранение тела. По словам русского египтолога Б. А. Тураева, каждый египтянин в течение всей своей жизни думал о смерти и, собирая все необходимое для загробной жизни, «главным образом готовился к тому, чтобы не умереть, несмотря на смерть». Возможно, они и достигли этого.

Нужно прочесть это дважды, чтобы понять пугающую невероятность следующих результатов научных исследований: биологи Оклахомского университета в марте 1963 г. установили, что кожные клетки, сохранившиеся у мумии египетской принцессы Мене, были жизнеспособны. А ведь смерть принцессы Мене наступила несколько тысяч лет назад! Следует отметить, что этот вывод американских биологов оспаривают другие ученые. Их доводы: если в клетках мумифицированной кожи и обнаружены признаки жизни, то речь может идти только о жизни посторонних существ, например о бактериях, обосновавшихся там. Итак, два подхода. Для окончательных выводов, видимо, нужны дополнительные эксперименты.

Первые попытки бальзамирования относятся ко времени жизни Имхотепа, к III тысячелетию до н. э. Это подтверждается раскопками древнего захоронения этого периода, проведенными английским археологом Джеймсом Квибеллом. В процессе этих раскопок и был обнаружен труп молодой женщины, обернутый 16 рядами бинтов, который считается самой древней египетской мумией.

О самом процессе бальзамирования было известно тысячам людей, но до наших дней дошло единственное сообщение «очевидца». Им явился Геродот, греческий путешественник, побывавший в Египте в V в. до н. э. Многие в описаниях Геродота подвергаются сомнениям и переосмыслению, но процедуру бальзамирования он в целом описал верно, кроме одного, важнейшего нюанса. Геродот написал, что труп на длительное время помещали в ванны водных растворов солей. В настоящее время считается доказанным, что при бальзамировании не могли использоваться водные растворы, а применялись соли, которые содействовали удалению влаги из мертвого организма.

При бальзамировании трупов использовались смолы и различные травы, состав которых пытались выявить французские ученые во время исследований мумии фараона Рамзеса II. Результаты этих исследований оказались настолько неожиданными, что было принято решение не информировать об этом широкую общественность. Причиной этого явилось обнаружение палеоботаником Мишелем Ласко пылинок табака и измельченного черного перца на бинтах, вынутых из брюшной полости фараона. Мало того, М. Ласко доказывал, что непременной частью бальзамирующих смол являлся никотин. Проведенные контрольные испытания профессора Пари подтвердили наличие алкалоида из листьев табака. Вместе с тем считается доказанным, что во времена Рамзеса II растения из семейства пасленовых, содержащие в своих листьях никотин, встречались только в Америке и на островах Тихого океана близ Австралии, а черный перец мог попасть в Египет только из районов Дальнего Востока. Если эти постулаты верны, то следует признать, что египтяне в древности совершали длительные, почти кругосветные путешествия. Вот так попытка разгадать тайну бальзамирования породила еще более трудную задачу.

Используемые при бальзамировании смолы и

растения со временем в условиях сухого и теплого климата Египта превратились в целебную массу, названную «мумие». О целительных свойствах мумие стало широко известно в XIII в. Многие ученые и врачи, в частности известный английский естествоиспытатель Фрэнсис Бэкон, настойчиво рекомендовали использовать мумие в качестве средства для остановки кровотечений. Неизвестно отношение к мумие Шекспира, но в своей пьесе «Макбет» он упоминает мумие как один из ингредиентов колдовского зелья. Документально подтверждается, что король Франции Франсис I всегда имел при себе кусочек мумие на случай внезапного заболевания.

Рекомендации врачей породили необычайно большой спрос на мумие, что, в свою очередь, привело к организации подпольной индустрии его производства. В Египте труп, наполненный смесью битума с известняком, превращался в подобие мумии в течение нескольких месяцев, но эта «мумия» представляла уже серьезную опасность для здоровья. Осознав это, через четыре столетия врачи начали активно выступать с призывами прекратить использование мумие. Постепенно охота за египетскими мумиями пошла на убыль.

И вдруг эта охота вновь возобновилась. Организаторами ее явились производители бумаги. Оказалось, что бумага, сделанная из бинтов, в которые были завернуты мумии, обладает исключительными качествами. А ведь в среднем на одну мумию египтяне расходовали до 150 метров бинтов, в отдельных случаях бинтов было в 2 раза больше. В конце XIX в. наибольшую активность в производстве бумаги из бинтов развил некий Аугустус Стэнвуд. Чтобы не отделять смолы от последнего ряда бинтов, Стэнвуд наладил на фабрике выпуск второсортной упаковочной бумаги. Неизвестно, сколько бы продолжался такой бизнес, если бы не вспышка холеры. Расследование привело к фабрике Стэнвуда, которую немедленно закрыли.

Но и после этого египетские мумии не были оставлены в покое. Теперь охота ведется за амулетами, драгоценностями и не менее ценными фигурками богов, которые египтяне помещали под бинтами на бальзамированных трупах. Результатом всего этого явилось то, что в музеях мира сохраняется всего лишь несколько десятков мумий из многих тысяч погребенных за многовековую историю Древнего Египта. Ущерб, нанесенный кампаниями охоты за мумиями, не поддается оценке. Ведь невозможно представить, какое количество и какие ценнейшие документы эпохи Древнего Египта были уничтожены несведущими людьми.

Говоря об Имхотепе-враче, следует для восстановления исторической справедливости сказать несколько слов о богах медицины Древней Греции — Асклепии и Древнего Рима — Эскулапе, имена которых широко известны в настоящее время.

Имеющиеся факты показывают, что врачебное искусство Греции развивалось под влиянием достижений медицины египтян и вавилонян. Многие греческие врачи частью добровольно, частью по принуждению посещали страны Востока. Перенимая накопленный там опыт, греки в 900—950 гг. до н. э. создали культ Асклепия, своего бога врачевания. Асклепий обычно изображался с большим посохом, вокруг которого обвивалась змея. Дочерью Асклепия считалась Гигиена, богиня предупреждения болезней, и Панакея, богиня лекарственной терапии. По версии Гомера, Асклепий, «великий и беспорочный врач», жив-

и Фессалии, был обожествлен после смерти. Его сына Асклепия, врач-воин, участник Троиской битвы, были воспеты Гомером в «Илиаде».

По преданиям, Асклепий похоронен в Эпидавре (Пелопоннес), где и был сооружен величественный храм. Сооружения Эпидавра являются культовыми, так как естественные лечебные условия местности отнюдь не давали оснований на устройство здесь подобного рода учреждения. Даже питьевую воду сюда приходилось привозить.

Помимо Эпидавра, храмы Асклепия были созданы по всей Греции. В них больные до лечения проходили подготовку с помощью различных религиозных церемоний, молитв, жертвоприношений, омовений. Жрецы активно пропагандировали возможности божественной силы Асклепия. В этом плане большое внимание уделялось созерцанию и чтению мраморных дощечек, описывающих чудесные исцеления. Много таких табличек сохранилось до наших дней. После такой подготовки больной должен был провести ночь в храме. Больной засыпал с мыслью о чудесном исцелении. Внутренне усиливало жрецами, которые, надев маску бога, являлись больному. На истероневрастической почве иногда наступало исцеление.

Со временем в некоторых храмах Асклепия лечение больных превращалось в сплошное надувательство не только с нашей точки зрения, но и по мнению самих греков. Такое заключение мы вправе сделать на основании свидетельств многих древних писателей и язвительных замечаний поэтов.

В Древнем Риме культ бога врачевания возник значительно позже. По преданиям, когда в Риме вспыхнула эпидемия тяжелой моровой язвы (установлено, что это случилось в 293 г. до н. э.), в священных книгах нашли пророчество, что эпидемия прекратится, если перевезти в Рим из Эпидавра священную змею бога Асклепия. Туда срочно была направлена представительная делегация. Змея, догадавшись о планах приезда этой делегации, добровольно последовала за римлянами на их корабль и по прибытии в Рим выбрала для своего обитания Тибрский остров. Этого было

достаточно, чтобы эпидемия прекратилась. В ознаменование такого события на острове был построен храм в честь греческого бога медицины, которого римляне стали называть Эскулапом.

Во II в. н. э. римляне выпустили памятные монеты в честь 900-летия основания своего города. На одной из них они изобразили божество реки Тибр, которое приветствует прибытие в его владения змеи бога Асклепия.

Красивая легенда! В действительности долгое время в Древнем Риме не было ни постоянной медицины, ни врачей. Лишь рабы из Греции учили своих господ благодеяниям врачебного искусства. Среди рабов, видимо, был и низший медицинский персонал, по тем не менее они сумели сделаться совершенно необходимыми для своих господ. Возможно, по их советам и были приняты необходимые меры по предотвращению распространения язвы. Но сообщению такого авторитетного автора, как Плиний, только в 219 г. до н. э. римляне по достоинству оценили важность медицинских познаний. В этом году в Рим прибыл первый греческий врач Архагат, которого жители города встретили с восторгом и ликованием. Архагату были торжественно предоставлены права римского гражданина.

Несмотря на этот факт, начало римской медицины принято относить не к 219 г., а к 46 г. до н. э., когда был издан указ Цезаря о предоставлении прав римского гражданства всем свободным иностранцам, занимающимся врачебной практикой. Характерно, что этот указ Цезарь издал после возвращения из Египта, где он мог воочию убедиться в успехах древнеегипетской медицины.

Таким образом, культы широко известных в настоящее время богов медицины возникли намного позже культа египетского бога врачевания, а главное — после того как греки, а затем и римляне могли ознакомиться с достижениями древнеегипетской медицины. А не пора ли восстановить справедливость и говорить не о благодеяниях богов, сплотивших до передачи нам медицинских знаний, а о реально существовавшей личности — величайшем корифее древности Имхотепе.

«ШКОЛА ЖИЗНИ»

Институт эволюции разума им. Шри Ауробиндо сердечно приглашает Вас отдохнуть в одном из чудных уголков на берегу Черного моря, в самое удивительное для здешних мест время года — с 5 по 17 октября. Одновременно с этим, за стоимость Вашей путевки Вы сможете — Вам предоставляется возможность, — овладеть опытом наставника (дипломированного) в уникальной «Школе Жизни».

Теория и метод «Школы жизни» позволяют развить первозданные природные силы, заложенные в человеке от рождения. Все необходимые сведения высылаются Вам в ответ на Вашу заявку. Наш адрес: 353905, Новороссийск, ул. Сирадзе, 21, ИЭР.

4/92
апрель

ТВОЕ ЗАОПОРОВЬЕ



ПОДПИСНОЕ ИЗДАНИЕ

Подписной индекс 70063

ПРОГНОЗ НА ИЮНЬ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 4, 5, 7, 15, 19, 23, 24

Дни благоприятные 1, 2, 8, 9, 11, 14, 20, 22, 29, 30

Дни повышенной конфликтности 3, 8, 10, 18, 27

Влияние на вашу волевою сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жизни 1, 2, 11, 14, 17, 20, 22, 29, 30

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 4, 7, 10, 16, 18, 19, 27

Дни, требующие повышенной

сосредоточенности, осторожности 3, 6, 8, 15, 23, 24

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 6, 7, 11, 13, 20, 21, 22

Дни меньшей продуктивности мышления 8, 18, 19, 25, 27

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 6, 7, 11, 20, 22, 26, 29, 30

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 3, 5, 8, 12, 15, 16, 18, 19, 23, 24, 25, 27

Дни повышенного травматизма 3, 4, 6, 10, 18, 19, 24, 27

В выпуске читайте:

СУСТАВНЫЕ БОЛИ:

«ВВЕДЕНИЕ В МАНУАЛЬНУЮ МЕДИЦИНУ» В. ШУХОВА

Издательство
«Знание»

ББК 51.5
Т 27

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

И. ТЮТЮКИН. Физкультурные хитрости (3)

Засная школа целителя

В. ШУХОВ. Суставные болз: введение в мануальную медицину (5)

Лечение: личный опыт

Л. КРАСОВ. Пациент с камелпям. Страшно быть беспомощным. (Литературная запись А. А. Зиньковой) (26)

Прогноз «Твое здоровье»

М. ЛЕВИН, Т. МИТЯЕВА. Июнь (1)

Редактор В. ГОРШКОВ

Т 27 Твое здоровье (Выпуск IV). — М.: Знание, 1992. — 32 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 4)

ISBN 5-07-002523-6

Основу выпуска составляет работа «Суставные болз: введение в мануальную медицину» кандидата медицинских наук В. С. Шухова. В рубриках — продолжение публикации Л. Красова (в литературной записи А. А. Зиньковой) о «Знании» опыте лечения и прогнозы М. Левина и Т. Митяевой. Даны практические советы и рекомендации. Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4101000000

ББК 51.2

На первой стороне обложки:

схема канала почки с точками традиционного иглокалывания. Период династии Мин (XIV—XVII века).

Научно-популярное издание

Технический редактор Н. Клецкая
Мл. редакторы Е. Гродко, Л. Щербакова
Корректор С. Ткаченко

ИБ № 12199

Сдано в набор 28.03.92. Подписано к печати 21.04.92. Формат бумаги 60x84¹/₂. Бумага газетная. Гарнитура Обыкновенная. Печать высокая. Усл. печ. л. 4,00. Усл. кр.-отт. 6,00. Уч.-изд. л. 4,25. Тираж 1686 617 экз. Заказ 7223. С—92. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 926304.

2—3-й заводы по 500 000 экз. (500 000—1 500 000 экз.)

© Издательство «Знание»,
«Твое здоровье», 1992 г.

Типография ордена Трудового Красного Знамени акционерного общества «Молодая гвардия». Адрес АО: 103030, Москва, Сушевская, 21.

ISBN 5-07-002523-6

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

Рассказывает наш постоянный читатель Игорь Юрьевич ТЮТЮНИН

ФИЗКУЛЬТУРНЫЕ ХИТРОСТИ

Начинать любое дело всегда трудно. Поэтому начинать занятия физкультурой нужно с самого простого, с легких общеукрепляющих упражнений. Продолжительность занятий — небольшая. Главное условие — все делать с удовольствием.

Местом для занятий может служить любой свободный от вещей участок квартиры. Хорошо иметь дома постоянный физкультурный пятачок или уголок.

Перед занятиями нужно обязательно проветрить помещение. Свежий воздух усиливает оздоровительный эффект физкультуры. Хорошо заниматься на улице, на балконе, при открытом окне, форточке, но не на сквозняке.

При занятиях ничто не должно отвлекать. Телевизор и радио выключите, а домашних не принимающих участие в занятиях, попросите не мешать. Можно включить громкую музыку.

Если занимаетесь в помещении, в качестве спортивной формы используйте плавки (для женщин — купальник). Лучшей спортивной одежды трудно придумать. Вся поверхность тела дышит, все мышцы на виду.

Очень хорошо заниматься перед большим зеркалом. Если его нет, подойдет отражение в стекле, на полированной поверхности мебели. Можно с помощью источника света (настойной лампы) создать тень на стене.

Где взять время для физкультуры? А вот где — отнять его у телевизора. Телевизор — великий искуситель, он может лишить человека значительной части жизни (и в прямом, и в переносном смысле). С жадностью пожирая свободное время, телевизор заменяет радость физической культуры дешевым суррогатом спортивных зрелищ. Не поддавайтесь на его уловки. Чаще заменяйте передачи разминками, тренировками, массажем и пешеходными прогулками.

При занятиях нет нужды точно следовать какой-либо методике, взятой из книжки. Все комплексы упражнений темного ущерба в том смысле, что детерминированы, усреднены, несут элементы стандартизации. А ведь каждый человек индивидуален. И ему нужны только свои, сугубо индивидуальные движения. Поэтому упражнения для себя желательно изобретать самому.

Творческий подход, импровизация делают интересным любое дело. Импровизационная физкультура — увлекательнейшая вещь, каждый легко может в этом убедиться. Импровизация + разнообразие = радость. А однообразный набор упражнений отупляет и угнетает.

Движения должны быть свободными, непринужденными. Побольше асимметрии — и получите своеобразный физкультурный танец, эдакие гримасы всем телом.

С любым тренажером или спортивным снаряжением, помимо традиционных упражнений, можно делать массу других интересных вещей. Импровизируйте, делайте с ними все, что можете. И наверняка изобретете такие потрясающие упражнения, о которых раньше даже не догадывались.

Но нужно помнить, что организм нагружать. Это может вызвать отвращение к упражнениям. Со временем оптимальные нагрузки для мышц определятся сами и станут естественными.

Во время занятий, в перерывах между упражнениями можно пить соки, есть яблоки и другие фрукты.

Из упражнений, движений и процедур надо предлагать организму всякие, он сам выберет и возьмет из них то, что ему надо.

Делать упражнения нужно так, как получится, не стараясь выполнять их так, как дано в книжках. Правильное выполнение упражнений — не более чем условность.

Если какое-либо движение неприятно или болезненно, делать его ни за что не надо. Если упражнение делать очень приятно для мышц, даже несмотря на их усталость, — значит, тут вы попали в точку. Это как раз то, что требуется этим мышцам.

Исправившееся упражнение следует повторять при тренировках, причем повторять, развивая и совершенствуя.

Хорошо, когда есть много свободного времени для физкультуры. Тогда импровизационная разминка перерастает в тренировку. Так приятно все время что-то с собой делать, дурачиться, упражняться.

Не нужно заставлять себя заниматься насильно. Это как еда без аппетита. Если не хочется, не тренируйтесь. Но если тело просит движения — не отказывайте никогда. Организм отблагодарит вас за удовольствие физкультуры. Но может и отомстить за бездействие и физическое невежество. Например, какой-нибудь хворью или хандрой.

Как часто следует проводить тренировки? Каждый выбирает их частоту сам. Лучше довериться в этом деле организму: он естественным путем выработает определенный физкультурный стереотип, который сможет регулировать к терпимости, продолжительность, и частоту.

Физкультура очень хорошо сочетается с массажем. Самомассаж можно делать перед, во время занятий. Эффективен так называемый хлоп-массаж — легкие похлопывания по телу ладонями (похоже на похлопывание веером в парной).

Попробуйте делать обычные традиционные упражнения, очень часто дыша. Сразу станет веселее заниматься. После хорошо стабилизируется дыхание, оно становится естественным и спокойным.

Занимаясь, рассматривайте себя со всех сторон, любуйтесь своим телом.

Забавное упражнение «Хаос»: представляете себя чем-то неопределенным, бесформенным, движущимся хаотически.

Попробуйте расслаблять мышцы в движении. Для этого можно попытаться изобразить пьяного человека.

Интересное массажное упражнение. Лежишь на спине. Одна нога массирует другую. Руки и туловище отдыхают, голова наблюдает за процедурой. Ноги сами себя обслуживают.

Попробуйте сделать себе массаж-трясучку. Трясите руками, ногами, головой, всем телом. Хорошо прыгать, подпрыгивая.

Оптимальный результат физкультурных занятий — равномерная по всему телу, по всем мышцам легкая усталость, радостная и приятная. Радость — основной критерий всех оздоровительных процедур. Полезно все, что радостно.

Оптимальный результат массажа — приятный мышечный зуд, небольшое покраснение кожи.

Кожа как бы радуется удвоенному ей вниманию. Если утром рекомендуют делать зарядку, то вечером по мере нужды делать разрядку — плавные, успокаивающие упражнения. Большое удовольствие может доставить самомассаж перед сном. Слегка поглаживая поверхность тела, обходишься с каждым его участком, как бы желая телу спокойной ночи.

Вечером нужно делать процедуры, противоположные утренним: пользоваться теплой водой вместо прохладной, делать плавные движения вместо резких, не есть и не пить того, что бодрит и возбуждает.

Ускоренный вариант зарядки — все упражнения делать в быстром темпе, слегка подпрыгивая.

После занятий физкультурой хорошо припять воздушный душ. Обдувания делают с помощью настольного вентилятора, установленного на стуле или на полу. Поворачиваясь, подставляете под струю воздуха все части тела. При этом совершаете медленные движения. Можно сделать воздушный массаж волос. Закрыв глаза, представляете себя парашютистом в воздухе — возникает чувство полета.

Не следует далеко убирать тренажеры, массажеры и другие спортивные снаряды. Пусть они всегда находятся на виду, где-нибудь в уголке. Пусть постоянно попадают на глаза и провоцируют вас на занятия с ними.

Ходьба — один из самых естественных видов движения человека, прекрасно сочетается с повседневной деятельностью. Часть пути (или весь путь) на работу и обратно обязательно надо проходить пешком. Лучше ходить подальше от дорог с интенсивным движением и от промышленных объектов, например через дворы, скверы, парки, лесопосадки.

В одной американской книжке советуют при ходьбе поддерживать гордой осанки, использовать прием. Представьте, что из груди вверх под углом 45° к телу выходит невидимый трос. Нужно, чтобы при ходьбе он всегда был под углом 45° .

Утром великолепно действует на остатки сонливости холодная ножная ванна — таз с холодной водой. Можно с вечера ставить такой таз. Для усиления эффекта берется ванна с холодной водой.

К купанию следует относиться как к разновидности массажа. Неплохой массажер — душ. Попробуйте делать разные движения, танцевать под душем. При холодной воде — быстрый танец, при теплой — медленный. Контрастный душ с частой сменой холодной воды на горячую прекрасно тренирует капилляры. Заканчивать купание лучше всего прохладным душем: бодрит, освежает организм.

После купания попробуйте вытирать тело полотенцем несколько дольше, чем обычно. Это будет для кожи дополнительным массажем.

Относитесь к лестницам как к тренажерам для ног.

Малое государственное
научно-производственное предприятие
«КРИСС»

129090, Москва, пр. Мира, 3
Тел. (095) 207-26-98

МН «КРИСС» предлагает и реализует

эколого-медицинскую программу, задачей которой является экспертиза загрязнения окружающей среды и оценка здоровья человека на всех уровнях среды обитания:

— выявить природу и масштабы загрязнения;

— прогнозировать его распространение во времени и пространстве;

— показать картину заболеваемости человека от действия антропогенных и природных факторов;

— предложить оптимальную схему природоохранных и профилактических мероприятий по сохранению здоровья населения.

ПОМОГУТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ РАБОТЫ в Вашем регионе, выполняемые высококвалифицированными специалистами.

Эколого-геохимические обследования:

— проведение ландшафтно-геохимических исследований, позволяющих выделить основные типы геохимических процессов, которые определяют направление и скорость миграционных потоков химических веществ;

— определение особенностей загрязнения от промышленных, горнодобывающих предприятий, сельскохозяйственных объектов и транспортных магистралей;

— аналитическое исследование воздуха, воды, почвы, растений, пищевых продуктов на содержание в них органических и неорганических веществ, определение форм их нахождения и их гигиеническая оценка;

— определение зон с различным уровнем загрязнения атмосферы, почвы, растительности, донных отложений, поверхностных и подземных вод региона методами геохимического картирования;

— изучение путей миграции токсичных химических веществ в системе «источник — окружающая среда»;

— определение динамики развития биоресурсов, подвергающихся антропогенному воздействию;

— создание мониторинга как системы регулярных наблюдений за состоянием экосистемы под воздействием техногенных нагрузок;

— использование современных программ обработки геохимических данных с построением всех видов карт на компьютере;

— проведение топографических инженерно-геологических проектно-изыскательских работ, топографических работ по землеустройству.

Наш телефон (095) 207-26-98

Полоса подготовлена рекламным агентством
А/О «МИФ» тел. (812) 312-39-08

В. С. Шухов

СУСТАВНЫЕ БОЛИ: ВВЕДЕНИЕ В МАНУАЛЬНУЮ МЕДИЦИНУ

Открываем новую рубрику, подсказанную нашими читателями, среди которых немало тех, кто профессионально занимается здоровьем. Не только народных врачевателей, но и (что греха таить) поликлинических врачей и даже специалистов подчас обвиняют их пациенты в некомпетентности в отсутствии интереса к медицинским знаниям, опыту других специалистов, в неумении видеть в целом организм человека, в бессистемности

их рекомендаций. Как сегодня представляют себе медики новое и старое, традиционное и нетрадиционное в терапевтических мероприятиях, в самом подходе к лечению? Что могли бы рекомендовать целители друг другу и своим пациентам — нашим читателям? На эти вопросы и призваны отвечать материалы нашей новой постоянной рубрики.

Проблема боли до сегодняшнего дня остается фундаментальным вопросом биологии и медицины. Практически каждый человек рано или поздно сталкивается с болевым ощущением и задается единственным вопросом — как избавиться от него? Вся история медицины неразрывно связана с поиском средств, позволяющих если не полностью купировать болевое ощущение, то хотя бы снизить его интенсивность.

Размышления о боли, ее месте в жизни и смерти во многом меняют психологию врача-человека. И может быть, только пристальное внимание и сострадание чужой боли приводит к мысли о том, что квалификация и достоинство врача (как диагноста или терапевта) определяются не тем, насколько широк его кругозор и какие оценки он получал во время обучения, а тем, какую религию он исповедует, — его мировоззренческим подходом к сути боли-болезни, страданию человека.

Исходя из того что болевой синдром развивается не только благодаря субъективным особенностям строения и функционирования отдельных систем (нервной, психической, эндокринной, сосудистой), но и в результате долевого участия этих систем в общем патологическом процессе, крайне важным является выяснение места боли в клинике — боль как синдром или боль как болезнь. Этим вопросам и посвящена данная работа.

Симптом и синдром боли уже достаточно хорошо исследованы в клинике различных заболеваний и травм, в результате чего были выделены три основные формы: фазная боль — короткой продолжительности, находящаяся в прямой зависимости от повреждающего фактора; острая боль — включающая две составляющие — фазную боль и тоническую реакцию, которая зависит от длительности заживления; хроническая боль — проявляющаяся в связи с затянувшимся заживлением и являющаяся наиболее разрушающей из-за потенциальной угрозы нормального психологического и социального существования индивидуума.

Исходя из данной классификации, боль можно рассматривать и по степени патогенности для организма, выделяя физиологическую (фазная, острая), выраженность которой определяется степенью угрожающего значения недуга для существования и жизнедеятельности организма (боль как символ витальной угрозы), и патологическую

(хроническую), являющуюся результатом нарушения периферических или центральных систем проведения и контроля болевой чувствительности, приводящего к разрушению различных адаптационных процессов. Такое состояние, длящееся годами, может уже превращаться в самостоятельную боль-болезнь.

Принципы унитарной концепции болезни, по которой все симптомы должны объясняться наличием одной нозологической формы патологии, в данном случае являются несостоятельными и по причине самих механизмов формирования боли, и по причине вовлечения в общий патологический процесс разных уровней управления движением. В связи с этим необходимо искать другой принцип толкования, которым может стать мануальная медицина (как элемент поведенческой медицины) и уровневые подходы к терапии боли-коррекции нарушений движения.

«Клиника убедительно учит нас психосоматическому единству человека, единству вегетативной и аномальной функций и единству одушевленной телесности с соотносящимися с ней ситуациями» (V. Weizsaecker, 1973). Суставные боли являются классическим примером, иллюстрирующим данный постулат. В этом заключается последняя из основных проблем, связанных с многочисленными вопросами, которые ставит перед врачом клиническая практика. В какой мере поражение суставов (нарушение целостной модели привычного двигательного стереотипа) может считаться чисто соматическим; с какого периода болевой синдром, сопровождающий это поражение, начинает играть ведущую роль в формировании обратной зависимости психосоматических нарушений; каков их прогноз?

Перечень вопросов можно было бы продолжать еще достаточно долго. Мы попытались дать на часть из них ответы или хотя бы определить направление, в котором можно было бы искать решение, руководствуясь собственными наблюдениями и обширным библиографическим материалом. Возможно, что поэтому некоторые мысли могут показаться более чем очевидными или спорными, гиперболизированными. Однако нам кажется, что и в том и в другом случае основная цель данной работы будет достигнута — или специалист разделит взгляды автора, или у него появится желание дискутировать по ряду вопросов, так как они возникают в повседневной практике.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СУСТАВНЫМИ БОЛЯМИ

Во время общения врача и пациента первый передает второму психопатологические знания; разъясняет ему процессы, лежащие в основе его болезни; оказывает прямое влияние на мировоззрение больного и его способность к оценке происходящего; помогает больному в самопознании, осмыслении и деятельном отношении к себе.

K. Jaspers, 1955

В связи с особой субъективной исключительностью феномена суставной боли — полифакторного состояния — состоящего из функциональных, психологических и социальных аспектов исследование ее превращается в специальный раздел. Особое место в нем занимают экспертиза и клиническое наблюдение. И если экспертиза ставит перед собой основной целью мотивированное подтверждение соматических составляющих манифестируемого проявления, то клиническое наблюдение должно проводиться подвижными нетравматичными тестами, оценивающими эмоциональные, когнитивные и поведенческие стороны боли-болезни. И в том и в другом случае итоговое заключение базируется на основании субъективных оценок, косвенных признаков и различных физиологических коррелятов, модулируемых фенотипическим возрастом, перенесенными ранее заболеваниями.

Учитывая это, для построения полноценной схемы терапевтической помощи пациенту с поражением двигательного звена необходимо рассматривать следующие моменты: 1) психологические характеристики пациента; 2) выраженность, характер болевого синдрома; 3) длительность болевого анамнеза (пластичность поведенческих процессов — хронизация боли); 4) стрессогенное значение боли в сохранности целостности нейроэндокринных, сосудистых и периферических процессов; 5) субъективные особенности способа купирования боли; 6) степень вовлечения в процесс (послойно) анатомо-физиологических структур, связанных с выполнением движения; 7) уровень двигательных расстройств в патологически заинтересованном двигательном звене; 8) опосредованные вторичные механизмы, усугубляющие (видоизменяющие) основной процесс; 9) ведущие факторы, провоцирующие боль и весь процесс; 10) сохранность двигательного стереотипа; 11) вовлечение в общий процесс других двигательных звеньев на стороне первичного очага поражения; 12) вовлечение в общий процесс аппарата позвоночного столба; 13) вовлечение в общий процесс двигательных звеньев противоположной конечности; 14) вовлечение в общий процесс внутренних органов и систем; 15) динамика формирования нового поведенческого стереотипа; 16) саногенноадаптивные возможности организма пациента.

Указанная последовательность диагностических этапов может показаться громоздкой, однако она объединяет все три опорных вопроса, связанных с помощью пациенту: сведения о личности пациента и его отношении к беспокоящей боли; сведения о нарушениях двигательного акта в определенном звене; сведения о минимуме и резервах организма для проведения профилактики.

ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Психологическое тестирование является большим самостоятельным разделом диагностики, требующим специальной подготовки. В связи с этим, не останавливаясь на общих вопросах психологического обследования больных, рассматриваемых в профилированных руководствах, необходимо обратить внимание на отдельные, наиболее часто используемые методы, учитывая, что психологические и социальные факторы так же, как и чисто физиологические, равнозначимы как для диагностики, так и для эффективности терапии.

При анализе психологических характеристик необходимо рассматривать достаточно много интегрирующих и модулирующих факторов, не только таких, как история развития болезни, наследственность, обычная физическая активность пациента, но и его пол, раса, характер производственной активности, социально-экономическое положение, возраст и семейное положение.

Присутствие поддерживающейся боли во многом отражается на психологических характеристиках. Так, инкоординированный тип отношений к болезни возникает только как специфическая реакция на болезнь, сопровождающаяся болевым синдромом. Не менее важно и то, что продолжительное страдание ярко проступает в эгоцентризме, способствует межличностным расстройствам.

Одной из принципиально важных психосоциальных характеристик, влияющих на состояние здоровья, является субъективная оценка качества жизни. Как известно, Уставом ВОЗ здоровье определяется как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Исходя из этого, само здоровье может рассматриваться только в контексте субъективной удовлетворенности всеми этими моментами. Показатель качества жизни (Гладков А. Г., Зайцев В. И. и др., 1982), облеченный в параметрическое выражение, позволяет получить интегральную, сводную индивидуализированную характеристику. По-видимому, к числу основных модулирующих причин, оказывающих влияние на показатель, надо отнести степень информированности больных не только о выраженности физического недуга, но и о социальной защищенности, социальном и физическом прогнозе.

Итак, проведение общепсихологического тестирования позволяет получить базовые характеристики, на основании которых необходимо строить дальнейшие контакты с пациентом. Кроме того, полученные данные позволяют правильно корректировать жалобы больного и объективные признаки патологического процесса, правильно строить всю диагностическую и реабилитационную программу.

ДИАГНОСТИКА И ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛИ

Успехи, достигнутые в последнюю четверть века в решении вопросов диагностики боли у человека, объясняются интенсивным изучением теоретических и практических вопросов общей сенсорной физиологии, собственно боли, и, накопив, пониманием того, что пластичность болевых процессов сопряжена с метаморфозой сигнала о витальной угрозе в психосоматическую болезнь. Таким образом, исследование боли должно предусматривать не только констатацию и сертификацию факта ее наличия, но и рассмотрение прогно-

гических возможностей влияния эмоциональных и поведенческих компонентов болевой реакции на последующее развитие психосоматической патологии и следовать по трем основным направлениям — физиологическое исследование, субъективное отображение, тестирование поведения.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ БОЛИ

Большое значение в объективизации перцепции боли и адекватности моторного ответа имеют физиологические корреляты. К ним можно отнести биоэлектрическую активность периферических нервных терминалей, проводящих путей спинного мозга, соматосенсорной и фронтальной коры, мышечного аппарата. Самостоятельно эти корреляты не играют решающей роли, так как зависят от множества факторов, определяющих стабильную жизнедеятельность организма, но в сопоставлении с вербальным, цифровым или графическим субъективным отображением они приобретают определенное диагностическое значение.

Теоретической базой сенсометрии является так называемая теория сенсорного решения, которая предполагает, что оценка перцептуальных позицевтивных возможностей человека может быть проведена через стимуляцию различными физическими факторами и определяется полнотой последующего психофизиологического ответа и возможностями сенсорной дискриминации.

Техника сенсометрии позволяет воспроизвести пять основных параметров. К ним относятся:

порог боли — уровень раздражения, при котором пациент отмечает первые признаки боли при восходящей серии раздражений и исчезновение их на нисходящей серии;

болевая толерантность — высший уровень переносимости боли, при котором появляется порыв избежать ее дальнейшего усиление. Этот параметр может быть ассоциирован с клинической болью;

сенсорный интервал — арифметическая разница между уровнями толерантности и порога боли;

лекарственный порог — критический уровень болевой ощущений, при котором пациент в реальной жизни нуждается в приеме анальгетика.

Обычно этот уровень лежит между порогом и толерантностью и более, чем другие параметры, ассоциируется с клиническим выражением боли;

степень различия — минимальный интервал увеличения или уменьшения стимулирующего раздражения, который может быть зарегистрирован пациентом.

Предлагаемая схема сенсометрического исследования позволяет получить два варианта данных, которые могут в дальнейшем обрабатываться параметрическими и непараметрическими методами. Первая группа данных включает в себя все математические выражения исследования, вторая — поведение больного во время исследования, его реагирование на различную по характеру и интенсивности стимуляцию.

Главным достоинством этих методов является техническая возможность дифференцировать органическую природу боли. Практически только это решает вопрос об их использовании при экспертизе боли.

СУБЪЕКТИВНОЕ ОТОБРАЖЕНИЕ БОЛИ

Способы субъективного отображения — шкалы категорий интенсивности, вербальных и визуальных аналогов — нашли самое широкое применение в клинике. Видимо, это объясняется легкостью технического обеспечения — карандаш и бумага позволяют получать информацию о сенсорных, аффективных, когнитивных процессах, коррелируя их с интенсивностными характеристиками.

КАТЕГОРИИ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ

Стандартная шкала категорий интенсивности строится из набора отдельных описательных характеристик (дескрипторов), составляющих ряд от «чуть ощутимой» до «невыносимой» (например: 1 — нет боли; 2 — чуть ощутимая; 3 — очень слабая; 4 — слабая; 5 — умеренная; 6 — сильная; 7 — интенсивная; 8 — очень сильная; 9 — жестокая; 10 — невыносимая). Принципиальным условием является расположение дескрипторов на стандартном формуляре в случайной последовательности, так как на выбор выражения не должно влиять его пространственное расположение, которое может подсказать ранговое значение определения.

Шкалы категорий интенсивности могут быть построены и по принципу дополнения. В этом случае первые дескрипторы предлагаются врачом (0 — не ощущается; 1 — легкое ощущение; 2 — средней силы ощущение; 3 — выраженное ощущение; 4 — чуть ощутимая боль; 5 — легкая боль; 6 — умеренная боль; 7 — сильная боль), а последние (8, 9, 10) остаются свободными, позволяя пациенту дополнить шкалу собственными определениями.

Следует отметить, что шкалы категорий интенсивности не всегда дают необходимую информацию, так как выражения, описывающие максимально допустимую боль, остаются в большинстве случаев оторванными от реальной жизни пациентов в связи с тем, что они не представляют пределов допустимого. Исходя из этого, квалификация дескрипторов по любой из шкал категорий интенсивности может оказаться недостоверной. Таким образом, наиболее значимые результаты по составлению шкал категорий интенсивности и определению диагностического веса отдельных дескрипторов могут быть получены в результате предварительного тестирования больных на выбор и рангового распределения отдельных выражений.

ШКАЛЫ ВИЗУАЛЬНЫХ АНАЛОГОВ БОЛИ

До сих пор самым примитивным, но одновременно одним из самых надежных методов предварительного и основного тестирования, коррелирующего с различными шкалами категорий интенсивности, является шкала визуальных аналогов (ШВА). Этот метод является даже более информативным, так как дает возможность проведения статистического анализа. Предложенная в 1974 году Huskissen E. C. шкала визуальных аналогов представляет собой 10-сантиметровую вертикальную линию, на которой пациент отмечает уровень интенсивности испытываемой им боли. Нижний конец линии аналогичен понятию «отсутствие бо-

зия, а верхний — «настолько сильной боли, какую можно только представить». Помимо данной формы, существуют и различные модификации как графические, так и цифровые, однако базисный подход остается неизменным. Так, цифровая модификация графической ШВА аналогична шкале категорий интенсивности, но при этом лишена привязки к вербальным дескрипторам. Шкала представляет собой ряд цифр от 0 до 9, выстроенных в возрастающей последовательности. Полярные знаки аналогичны графической ШВА. При проведении исследования пациент отмечает цифру, которая, по его мнению, наиболее полно отражает интенсивность испытываемой им боли.

Принцип диагностической оценки через визуальные аналоги заложен и в целый ряд тестов и опросников. При этом во главу угла выводится то свойство ШВА, что они сводят много компонентов в одно выражение, используя фактор полярности. Так, цифровая ШВА лежит в основе специального опросника по самооценке стрессогенности жизненных событий: в результате проведения исследования по балльным шкалам, градуированным от -3 до $+3$, получают показатели положительных, отрицательных изменений и общую сумму изменений, вызванных болевым стрессом.

Несмотря на то что ШВА в целом независимы, они могут быть использованы в комбинации с другими методами исследования для контроля правильности описания сенсорных и эффективных компонентов боли.

Примерами такой диагностической кооперации могут служить тесты «Суточная выраженность боли» (Шухов В. С., 1989), «Контрольный диагностический опросник» (Шухов В. С., 1991); обработка и интерпретация данных которых производятся через взаимокоррелируемые показатели интенсивности и аналоговых шкал.

Используя аналоговый принцип, пациенты могут принимать более деятельное участие в систематизации и объективизации самочувствия. В одном из существующих опросников (Demborski T. M. и др., 1978) они не только предоставляют сами вес (от 0 до 100 баллов) соответствующей стрессогенности событий, приведших к заболеванию и вызывающих его обострение, но и сами вводят нужные линейные шкалы. При этом врач играет роль консультанта, который только разъясняет пациенту задание. Окончательная интегративная оценка складывается из суммы шкал и отмеченных весовых значений.

ШКАЛЫ ВЕРБАЛЬНЫХ АНАЛОГОВ БОЛИ

В основе общения врача и пациента лежат жалобы последнего. Эти жалобы являются суммой вербальных дескрипторов, ранжированных в порядке возрастающей негативности аффективных переживаний. Однако если даже клиницисты и научно-исследовательские работники испытывают затруднения во взаимопонимании, хотя они говорят на одном профессиональном языке, то пациент, который хочет, чтобы его понимали и те и другие, вынужден делать титанические попытки, чтобы овладеть понятным для них языком.

Естественно, что задачей врача на первом этапе становится помочь пациенту в решении этой проблемы. Работа эта не столь проста, как можно представить, так как язык обоих определяется уровнем семей, образованьем, социальным окружением, культурным наследием прошлого, национальной принадлежностью и т. д. Кроме того, надо учитывать,

что весь набор выражений должен соответствовать лингвистическим, национальным, социокультурным особенностям каждого конкретного региона. При этом выбор речевых вариантов зависит не от обстановки, а от обстановочной афферентации — психопсихологической модели обстановки, создаваемой обитателями. Диалог между пациентом и врачом базируется на попытке первого создать у врача определенное эмоциональное состояние, добиться сопереживания. Дифференциация лексических выражений внутри жалобы имеет значение для больного только на экстралингвистическом уровне, при котором вербальные дескрипторы могут быть оценены на основании критериев «обоснованность — необоснованность», «искренность — неискренность» информации, заложенной в оценках, «корысть — бескорыстие» мотивов и целей. При этом все перечисленные проблемы усугубляются тем, что пациенту необходимо найти нужные доверительные выражения, описывающие сенсорные признаки, аффективную окраску и, наконец, интенсивность боли, то есть использовать несколько вербальных аналогов-дескрипторов. Естественно, в целях объективизации переживания, дифференциально-диагностического и терапевтического сопоставления данных желательно использование стандартных наборов дескрипторов, наиболее общих для всех пациентов. Этой цели служат различные шкалы вербальных аналогов и тестовые опросники, построенные на их основании.

Один из простейших опросников такого рода состоит из наборов вербальных дескрипторов, разделенных на три группы. В каждой группе по несколько выражений, расположенных в случайном порядке. В первой группе собраны выражения, описывающие сенсорную интенсивность, во второй — аффективную окраску, в третьей — общую интенсивность всего негативного переживания.

Более сложные методы, позволяющие интегрировать данные нескольких различных шкал, как правило, используются при экспертном тестовом обеспечении, более простые — как контроль при физиологическом исследовании, как динамический контроль за эффективностью лечения. Достоинство и тех и других способов несомненно, однако надо учитывать и определенные трудности при интерпретации получаемых данных: 1) полученные результаты могут быть очень субъективны или фальсифицированы; 2) субъективное отображение может быть не пропорциональным истинной остроте и тяжести поражения; 3) вербальные выражения могут не согласовываться с другими данными; 4) ориентация в вербальных выражениях определяется социокультурным уровнем пациента, его словарным запасом; 5) полноценные результаты могут быть получены при наличии предварительных данных о пороге чувствительности и индивидуума вообще.

ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕСТИРОВАНИЯ БОЛИ

К наиболее популярным методам исследования боли в клинической практике относятся проективные способы, в которых отображение психофизиологического аффективного напряжения осуществляется по ШВА через выбор доминантного цвета (Stewart M. L., 1977; Vainil A., McGee P. и др., 1983; Vainil J. W., Thompson K. L., Pearson V., 1987). Наиболее известной из них является тестовая шкала Stewart, состоящая из семи карточек, каждая из которых монохромно окрашена в один из цве-

тов видимого спектра (черный, синий, зеленый, желтый, фиолетовый, красный, белый). По этому методу пациентам предлагается выбрать карточку с тем цветом, который наиболее полно отражает тяжесть их состояния в момент исследования.

Однако данный способ диагностики, несмотря на явные достоинства (легкость, простота выполнения задания, доступность для лиц разного интеллектуального уровня), имеет определенные недостатки, к которым относятся отсутствие точности в ранжировании аффективно-эмоциональных черт болевого переживания по степени выраженности — интенсивности, отсутствию сведений о локализации и объеме болевого очага. Учитывая эти предпосылки, нами был разработан новый метод альгологической диагностики (Шухов В. С., 1990), также базирующийся на выборе доминантного цвета. Тестирование им осуществляется следующим образом. Проводится фотографирование пациента в полный рост в проекциях фас и со стороны спины, используя унифицированное фокусное расстояние. Затем по изготовлении фотографий больному предлагается, используя на выбор один или несколько цветных фломастеров (с цветом корпуса, аналогичным цвету чернил) — не менее 6 различных цветов — черный, синий, красный, зеленый, желтый, фиолетовый, на своих фотовизображениях обвести и заштриховать те области тела, в которых он чувствует боль. После выполнения данного задания на снимок накладывается миллиметровая сетка и подсчитывается площадь заштрихованной поверхности и всей поверхности тела. Итоговые оценки выраженности боли складываются из произведения коэффициента выбора доминантного цвета рисунка (черный — 3; синий — 2; зеленый — 1) и результата отношения: площадь болевого очага к площади всей поверхности тела. Произведение этих двух показателей рассматривается как индекс боли.

Дальнейшие разработки проективного тестирования показали, что проведение фотографирования, несмотря на явные диагностические достоинства, не всегда возможно в клинической практике и требует определенных условий. В то же время нам не хотелось отказываться от принципа проективности и в выборе цвета, и в самоанализе объема — распространенности боли. Исходя из этих предпосылок, была разработана новая модификация, которая позволила ввести еще один выравнивающий коэффициент.

В итоге был разработан тестовый ряд, состоящий из контурных рисунков фигурок людей, выполненных в манере рисованной мультипликации, мимика которых отражала различные психоэмоциональные состояния от смеха — радости до ужаса — страдания. Данный ряд рисунков, состоящий в первом варианте из 12 фигурок, неоднократно уточнялся и изменялся, предъявляясь группам здоровых лиц (школьники 3—9-х классов, студенты 1—V курсов педагогического института), врачам общетерапевтического и неврологического профилей, пациентам реабилитационных отделений.

Конечный вариант состоит из 9 карточек, ранжированных от +4 до —12, со стандартными по площади фигурками людей, различающихся только мимикой. Ракурсы фигурок позволяет учесть любую локализацию боли, а унифицированные площади поверхности тел — легко провести подсчет.

При тестировании пациенту предлагается найти среди девяти карточек ту, на которой изображена фигурка человека, испытывающего аналогичное самочувствие. В дальнейшем повторяется про-

цедура описанного ранее теста, дополняющегося перемножением показателя индекса боли на ранговое значение выбранной карточки.

Учитывая верифицированность теста и апробацию его в различных социальных и возрастных группах, исследование может выходить за рамки чисто альгологического, рассматривая способность распознавания образов, построение логического ряда эмоционально-психологического настроения, скорость процессов распознавания и т. д.

Несмотря на то что описанный тест в силу трех базовых точек отсчета может быть использован практически ежедневно в целях объективизации динамического наблюдения, надежность его практически на 60% зависит от личности пациента. — его желания дать действительно достоверную информацию. Одним из возможных вариантов решения этой проблемы может считаться дальнейшее совершенствование проективности тестов, основанных на подсознательном выборе позитивных — негативных цветов. К ним можно отнести и разработанный нами (Шухов В. С., 1990) способ диагностики, базирующийся на отмеченной закономерности субъективного выбора позитивно-негативного цвета при тестировании шкалой Stewart и предпочтительности выбора позитивного цвета при работе с кубиком Рубика.

Разработанный способ состоит в определении перед пациентом задачи собрать одну из сторон кубика Рубика, исходя из наличия на каждой из сторон кубика не более трех ячеек одного цвета, при этом базовая окраска сторон должна соответствовать цветам шкалы Stewart (красный, синий, желтый, зеленый, белый, черный). Оцениваются выбор доминантного цвета (с которого начата сборка), скорость выполнения задания (при интенсивном болевом синдроме работа обычно не завершается), латерализация моторных функций (ведущая рука) и др., что дает возможность судить о выраженности аффективных и мотивационных компонентов боли, поведенческих особенностях и т. п. характеристиках.

Основными достоинствами теста являются его абсолютная проективность, доступность, игровой характер выполнения задания, возможность использования его в условиях детской и взрослой клиник, проведение тестирования (психологического и альгологического) при массовых осмотрах.

ТЕСТИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Согласно одной из признанных точек зрения по формированию многокомпонентного болевого синдрома, острая боль может выйти из-под контроля высших когнитивных центров и в результате этого перейти в хроническую. Таким образом, патологическая боль развивается через первичное болевое ощущение, его осознание, к специфическому болевому поведению, которое модулируется различными социально-психологическими факторами.

Исходя из этого, тестирование болевого поведения становится наиболее важным методом исследования в клинической практике, позволяющим не только отобразить иерархическую структуру полифакторной концентуальной модели боли, но и прогнозировать переход этого состояния в специфическую психосоматическую патологию.

Теоретической базой исследования является представление о наличии трех обязательных составляющих болевого поведения (от Jeliczkowski L. M., Lund K. S., Ross J., 1978):

1) основные стороны функционирования. 9

и физической активности по параметрам необходимо учитывать: интенсивность движений, объема выполняемых движений, ограничение сексуальной активности, выраженное ограничение профессиональной активности;

2) нуждаемость в соматических манипуляциях (вмешательствах): применение медикаментов (анальгетики, наркотики), лечебных блокад, облучающей терапии;

3) болевые эквиваленты: выражение лица, гримасы, алыгические позы, походка.

Соответственно все разработанные к сегодняшнему дню методы тестирования строятся с учетом этих моментов.

Процедура предварительной оценки болевого поведения для пациентов с хронической болью может рассматриваться как банальное общение врача и пациента во время первичного приема, по строится оно по определенной программе. Так, рекомендуется в первую очередь обращать внимание на особенности описания боли и специфику построения пациентом разговора о боли с врачом; невербальное болевое поведение (контролируемые движения, осанка, вынужденные позы, дыхание и др.); объем двигательной активности, не сопровождающейся болью; навязчивость желания говорить о собственном здоровье; утверждающее поведение.

Дальнейшие исследования посят специфические черты и делятся на вербальное и невербальное тестирование.

Главными диагностическими инструментами вербального тестирования поведения являются карандаш и бумага, которые позволяют рассмотреть и качественные и количественные характеристики болевого поведения.

Среди наиболее широко используемых методов следует признать дневник активности (Pilowsky I., 1985). Метод основан на использовании определенного типа опросника, позволяющего получить данные о ежедневной активности (физической, психической, социальной) в течение семи дней (1-й недели). Опросник содержит часовые шкалы на каждый из семи дней и перечень возможных действий пациента. Определение категорий интенсивности боли, пронумерованных от 0 до 100 на каждый из семи дней, и перечень возможных действий — поступков пациента на каждый день. Корреляция между этими показателями даст сведения об уровне заинтересованности пациента в болезни, иллюстрирует болевое поведение.

В связи с тем что все указанные варианты тестирования несколько односторонни и позволяют определить какую-то одну характеристику болевого ощущения, в последнее время внимание исследователей привлечено к созданию таких методов диагностики, которые при максимальной доступности и краткости давали бы общую оценку страдания, причем такую, которая могла бы обеспечить возможность последующей математической обработки. Такие данные могут быть получены или через выведение единой суммарной оценки, или через построение профиля. Исходя из представления о том, что боль есть конструкция из нескольких составляющих, из которых основными являются ее интенсивностное выражение, болевое поведение и соматическое функционирование, в «Висконсинском кратком опроснике боли» используется пять шкал для оценки субъективного отображения боли, ее влияния на нормальную жизнь.

Тест дает возможность проследить весь этап развития хронической боли, ее интенсивности с момента появления до времени тестового обследования по трем цифровым ШВА, ранжированным

от 0 до 10 (1 — интенсивность боли в течение последнего месяца; 2 — интенсивность боли при ее появлении; 3 — интенсивность боли в момент заполнения теста), и получить данные о степени эффективности проводимой ранее терапии по процентной ШВА, ранжированной от 0 до 100%. Сведения о влиянии боли на построение, отношения с окружающими, моторную активность, сон, производственную активность, удовлетворенность жизнью получают в результате суммиции отобранных пациентом критериев, имеющих цифровое значение (0 — не отражалось; 1 — немного; 2 — среднее; 3 — достаточно; 4 — значительно). Помимо этих основных шкал, тест дополнен рядом пунктов, имеющих анамнестическое значение.

Исходя из тех же теоретических предпосылок, мы предприняли попытку к созданию своего теста, в котором постарались учесть основные стороны, уже разработанных опросников и дополнить их возможностью внутренних коррелиций с целью уменьшения или исключения явлений агравации со стороны обследуемого.

«Опросник самооценки боли» (Шухов В. С., 1988), кроме обязательной паспортной части, содержит 22 диагностических пункта, объединяющихся в пять разделов.

В первый включены пункты, по которым проводится анализ анамнестических данных, включая причины появления, длительность переживания, сохранность сна, трудоустройство, получение компенсации по нарушению трудоспособности, эффективность и принципы между предыдущих терапевтических вмешательств. Второй дает представление о локализации боли, субъективных ассоциациях пациента между самочувствием и интенсивностью беспокоящей его боли, о динамике изменения болевого ощущения с момента его появления до момента обследования. Третий раздел, состоящий из 21 ряда дескрипторов, посвящен анализу вербальных эквивалентов сенсорных, аффективных и смешанных составляющих страдания. В четвертом и пятом разделах изучается болевое поведение и влияние хронической боли на психическое и физическое функционирование пациента.

Использование специального ключа позволяет получить итоговую суммарную оценку, отражающую интегральные данные по всем разделам.

Наиболее простыми процедурами невербального тестирования болевого поведения являются анализ локализации боли и визуальная оценка позы, походки, порочного положения конечности.

БОЛЬ — ПОРОЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ — ПОХОДКА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТАЗОВЕДРЕННОГО СУСТАВА

Локализация боли движения у пациентов с поражением тазобедренного сустава обусловлена направлением иннервирующих сустав волокон бедренного и ягодичного нервов, активностью мышц, преимущественно участвующих в моторном обеспечении сустава.

Наиболее часто боли локализуются спереди в паховой области и иррадируют по передней поверхности бедра к коленному суставу, практически соответствуя ходу бедренного нерва. У части больных боли проецируются на боковую поверхность бедра, начинаясь от вертельной области. Триггерные точки располагаются в области большого вертела, проекции передней поверхности сустава. Так как патогномичным для поражения тазобедренного сустава является специфическое положение, развивающееся уже на ранних

состояния заболевания и характеризующееся ограничением разгибания, отведения и внутренней ротации (Д. А. Метьюс, 1990), болевой синдром по своему проекционному рисунку может соответствовать совокупности поражений отдельных мышц.

Основным провокатором боли является изменение положения в суставе, связанное с аксиальной нагрузкой. Наиболее тяжело воспринимаются больными попытки встать из продолжительного пребывания в положении сидя. Остро останавливающие движения боли («как топор в колоду») сменяются пронизывающе-буравящими. Боли требуют, как правило, срочного поиска дополнительной опоры, снимающей вертикальную нагрузку с сустава. Вставание несколько напоминает движение при острой поясничной боли, что дополняется объективными признаками типа компенсаторного спрямления поясничного лордоза.

В положении стоя боль сохраняется еще некоторое время и постепенно проходит, что определяет характерный паттерн движений для этих больных — вставать с закреплённой спиной, опираясь одной рукой (на стороне поражения) на твердо фиксированную опору (стол, подлокотник и т. д.), а другой рукой удерживая поясницу; медленно выпрямляться, разгибаясь в колене и бедре, и, войдя в вертикальное положение, окончательно выпрямить спину; застыть в данном положении как бы в поиске равновесия, полуподопной опоры на 30—60 с и только после этого начинать движение вперед. Описанные движения характерны в большей степени для двигательного поведения достаточно тяжелых больных, однако отдельные компоненты в той или иной степени выраженности начинают фиксироваться в адаптивном двигательном стереотипе с первых дней заболевания.

Походка больных очень показательна и выразительна, причем особенность ее состоит в том, что страдают практически все элементы нормальной ходьбы взрослых. В связи с развивающимся гиперлордозом, корригирующим сгибание бедра, резко меняются амплитуды ротационных перемещений тазового пояса вокруг позвоночника и дополнительных ротационных сдвигов в сегментах грудно-поясничного отдела позвоночника. В связи со смещением таза и подъемом больного бедра при осуществлении фазы переноса нарушается и увеличивается амплитуда раскачивания туловища при ходьбе. Это в совокупности с компенсирующим нарушением наружного вращения продвижением больной половины таза вперед создает картину так называемой кланяющейся походки. Помимо этого, в конечности развиваются сгибательные контрактуры, нарастающие от тазобедренного к голеностопному суставу. Наличие этих расст-



Вариант походки при блокированном болезненном коленном суставе. Приподнимание таза на стороне поражения (основное направление стабилизирующих сил указано стрелками)

ройств нарушает предваряющее амортизационное и основное сгибание в коленном суставе, что усугубляет описанные нарушения.

Наиболее часто острые боли в тазобедренном суставе возникают при подъеме по лестнице и при ходьбе по неровной пересеченной местности. Боли возникают при необходимости осуществления полной опоры на согнутую в тазобедренном суставе ногу. Интенсивность их нарастает с каждой новой нагрузкой. Меняется и характер альгий: от острой сковывающей до изнуряющей мозжащей. Продолжительность остаточной боли после прекращения нагрузок прямо зависит от их суммарной продолжительности. В последующем при возобновлении нагрузок боли вновь нарастают, но уже за более короткий латентный период. Сами больные по-разному оценивают тяжесть своего состояния и интенсивность переносимой ими боли. Во многом эти оценки зависят от увеличения продолжительности заболевания, ограничений бытового самообслуживания и сексуальных трудностей (технических сложностей половых контактов).

В положении вертикального прямостояния боли развиваются далеко не всегда. Адаптивное положение конечности (слегка присогнута во всех суставах и ротирована кнаружи) строится таким образом, чтобы минимизировать максимальную нагрузку и максимально нагружать симметричную конечность. При наличии дополнительной опоры конечность как бы находится в подвешенном положении и испытывает нагрузку растяжения, не стимулирующую развитие боли. Однако при переносе тяжести на больную ногу очень быстро начинают развиваться нарастающие по интенсивности мозжаще-ввинчивающиеся боли, заставляющие немедленно принимать охранное положение.

Постоянная потребность сохранения адаптивного моторного стереотипа ведет к стойким мышечным нарушениям, прежде всего в группе ягодичных мышц (где развивается их умеренная атрофия) и контрлатеральных параспинальных, испытывающих постоянные перегрузки.

БОЛЬ — ПОРОЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ — ПОХОДКА ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Главным симптомом поражений коленного сустава является специфическая по своей локализации и характеру боль. В отличие от альгического синдрома при поражениях тазобедренного сустава боли колена чаще локализуются только в суставе (но передней или передне-внутренней поверхности, иногда в подколенной области) и реже распространяются вниз от колена к лодыжке. Боль не является постоянной, но обостряется при всех видах нагрузок, влияющих на прямое сдвигание феморопателлярного сочленения (спуск по лестнице, сидение на корточках) или опосредованное вследствие сокращения четырехглавой мышцы бедра (вставание из положения сидя, лежа). Интенсивность болей широко варьирует от легких, почти незаметных в начальном периоде до резких колющих, жгучих на высоте нагрузок. Охранное положение, развивающееся уже при первых признаках заболевания, может сопровождаться ограничением как сгибания, так и разгибания колена в зависимости от поражения интросуставных структур. В соответствии с этим формируется адаптивный моторный стереотип походки, аналогичный таковому при удлинении или укорочении конечности, но отличающийся тем, что период

опоры на нее максимально сокращен, а компенсация достигается только за счет симметричной аберации конечности.

Наиболее часто отмечается походка, при которой субъект описывает больной ногой дугу в горизонтальной плоскости (движение косяка). Другой вариант состоит в приподнимании таза на стороне очага поражения.

Особенностью коленных болей является их фоновая монотонность. Светлые периоды сокращены до минимума, пациенты практически постоянно страдают от боли с варьирующейся интенсивностью. Этот феномен во многом объясняется очень широким представлением коленного сустава во всех движениях, связанных не только с локомоциями, но и с изменением позы. Потребность постоянно контролировать движения, их амплитуду, скорость выполнения приводит к выраженным невротизации больных. Так, в наших исследованиях, проведенных у больных с различной длительностью заболевания, было показано, что нарушения тревожно-депрессивного ряда наблюдаются более чем у 50% больных с продолжительностью слабых болей свыше 5 лет. Кроме того, у большинства из них отмечались эгоцентрические установки при низких субъективных оценках качества жизни. Это дает основание полагать, что пугливость (потребность) в постоянных ограничениях и соответствующая гиподинамия могут влиять на развитие невротических сдвигов отмечавшихся у пациентов с болями в коленном суставе, интенсивность которых приближалась к сильной интенсивной. У этих больных были особенно выражены прохондрические и тревожные черты отношения к болезни, значительно снижена общая мобильность, имелись явные признаки превышения массы тела.

Охранное ограничение подвижности в суставе приводит к постепенной метаморфозе от функционального мышечного блока к органическим изменениям — контрактура и далее анкилозу. Следует заметить, что анкилотирование сустава для некоторых больных является самым желательным выходом, так как избавляет их от мучительных болей. В связи с этим многие пациенты подосознанно стремятся к искусственной иммобилизации с помощью различных фиксирующих повязок, биндажей.

Помимо чисто механических провоцирующих причин, к числу аллогенных стимулов болей в колене можно отнести и положения, ведущие к интимности и венозному стазу в интрасуставных структурах. Такие расстройства могут развиваться при условиях относительного снижения кровотока в артериях и венах бедра в положении сидя и при наличии определенных трудностей с изменением контролируемой позы, как, например, при длительных поездках в междугородных автобусах, перелетах в самолетах, просмотре фильмов, концертов. Характер боли при данных синдромах приобретает новую окраску, становится распирающей, буравящей, мозжающей, докучающей. Так, как боли развиваются при относительном покое, попытка встать усиливает симптоматику за счет дополнительной аксиальной нагрузки. Больным требуется некоторое время на возвращение возможности активных движений сначала в положении сидя и только после этого осуществлять переход в положение вертикального прямохождения. Интересно отметить, что привычные боли движения после подобных позных болей развиваются позже и менее активно, чем при обычных условиях.

12 В части случаев боли в колене не являются

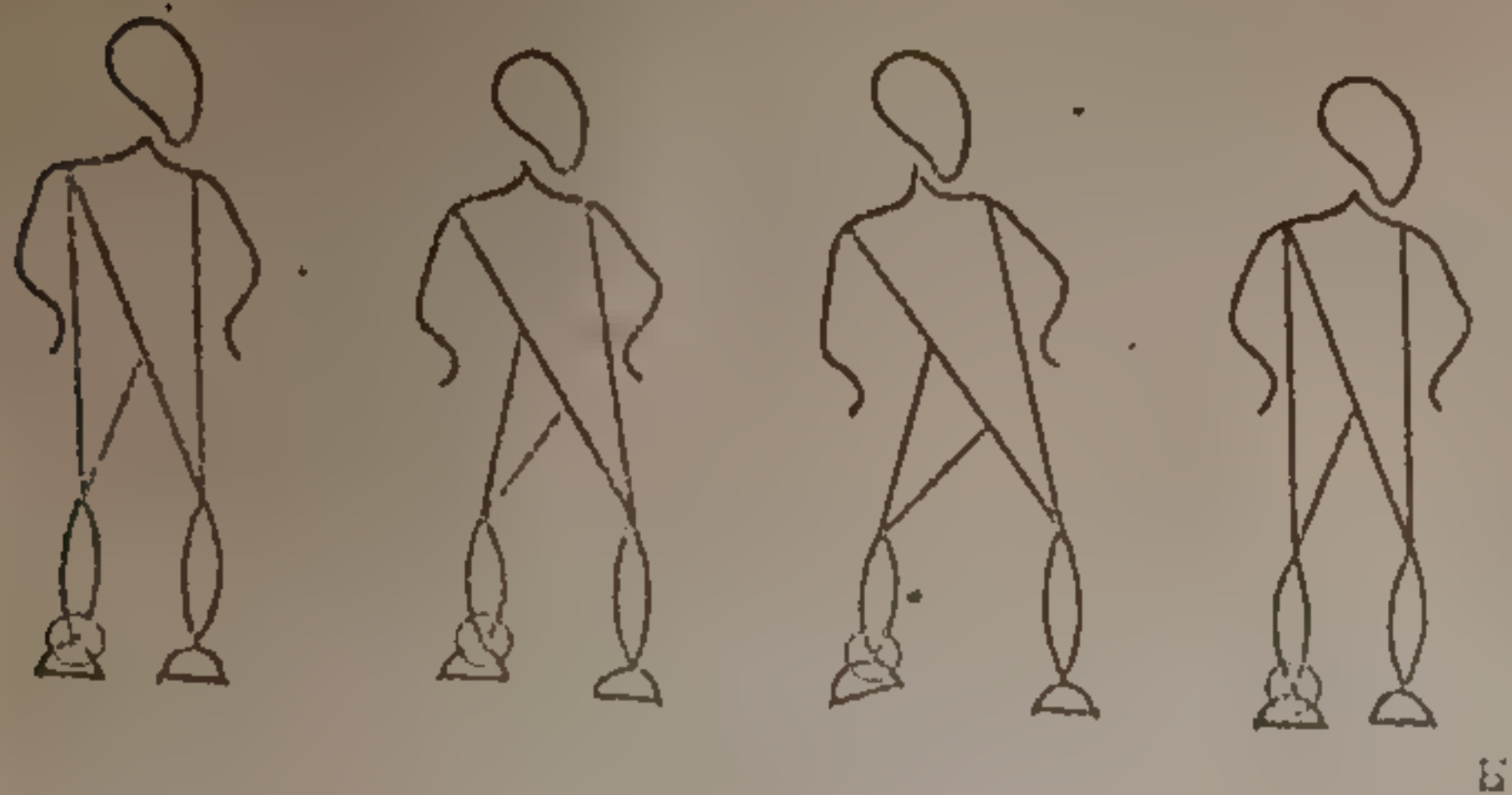
признаком локальных нарушений в нем. Следует помнить, что они могут быть обусловлены раздражением корешков второго и третьего поясничных сегментов позвоночника. Точно так же можно ожидать и появления болей в области поясницы при артрозах коленного сустава. Однако тщательное изучение характера альгии позволяет правильно диагностировать причину болей. Так, для поражения корешков (корешковой боли) характерна монотонность острой, пронизывающей, лущечей боли, продолжающейся и в покое, в то время как для отраженной суставной — ломящая, ноющая, усиливающаяся при физических нагрузках.

Однако и в том и в другом случае в схему общего паттерна нарушений в обязательном порядке входят локальные и генерализованные расстройства тонуса перисуставных мышц, включенных в функциональные цепи. Наличие мышечных расстройств, как уже указывалось ранее, замыкает кольцо патофизиологической обратной связи, служа источником дополнительной альгической стимуляции.

БОЛЬ — ПОРОЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ — ПОХОДКА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

По сравнению с тазобедренным и коленным суставами дегенеративное поражение образующий голеностопного сустава встречается довольно редко. Болевой синдром, как правило, развивается в результате травматических поражений и носит острый характер. В последующем хронически поддерживающаяся боль может стать выражением дегенеративно-дистрофических процессов, развивающихся в рамках общеадаптивных. Во многом это объясняется тем, что голеностопный сустав является скорее понятием, чем морфофункциональным образованием. Механический фактор, занимающий столь значительное положение среди причин, приводящих к нарушениям в крупных синовиальных суставах, и здесь играет заметную роль. Однако нагрузки, выпадающие на структуры голеностопного сустава стопы, настолько велики, что при неблагоприятных условиях (травмы, врожденные аномалии, адаптивный стереотип при поражении тазобедренного и коленного суставов) очень быстро развиваются необратимые костные нарушения. Таким образом, боли в этой области чаще являются следствием экстрасуставных (перисуставных) нарушений — прямого компрессионного воздействия адаптивных костных разрастаний на мышечно-связочные и нервные ткани. Болевой синдром развивается при любых физических нагрузках, связанных с опорой на стопу, изменении ее положения при сгибании-разгибании, и во фронтальной плоскости. Боли носят в большинстве случаев пронизывающий, ломящий характер, распространяются изнутри от лодыжек к передней поверхности стопы и вверх к середине голени, в икроножные мышцы. Охранное положение формируется очень быстро — появляется потребность ступать (опираться) на полную стопу, избегая любых неровностей грунта, тщательно контролируя каждый шаг. В дальнейшем болевой синдром и ограничения движений в походке, сохранении функционального положения в суставе служат источником восходящих нарушений, влияющих на построение всего двигательного стереотипа.

В клинической практике выделяют несколько вариантов походок, связанных с поражением (болями) голеностопного сустава:
а) походка с наружной ротацией и с отведением



Варианты походки при болезненном тугоподвижном голеностопном суставе: А — опора на больную ногу; Б — опора на здоровую ногу

ем ноги — больной отводит конечность от оси туловища и устанавливает ее в положение наружной ротации. Угол шага больной ноги увеличен, задняя часть шага укорочена. При ходьбе стопа перекачивается с наружного края на внутренний. Таз, связанный с ротированной кнаружи и отведенной конечностью, аномально и ограничено участвует в акте движения;

б) походка с наклоном туловища вперед — больная конечность правильно ориентирована, но опора стопы о почву остается постоянной на всех этапах опоры от середины шага. Вследствие этого шаг на больной стороне очень укорочен. Туловище наклоняется вперед настолько, насколько нужно, чтобы удержать равновесие и заменить наклоном силу отсутствующего заднего толчка, производимого при нормальном шаге.

Если же стопа вследствие патологического процесса сформирована по типу эквинусной, то наклон туловища еще больше нарастает, а длина шага больной ноги сокращается до минимума. Адаптивная коррекция данных нарушений происходит за счет рекурвации (переразгибания) коленного сустава;

в) комбинированная походка с наружной ротацией ноги и наклоном туловища.

Если в процессе компенсаторной коррекции походки больной пользуется обоими адаптивными приемами (а, б), то значение каждого из них в отдельности соответственно уменьшается — угол наружной ротации ноги сокращается до $40-45^\circ$,



Вариант походки при блокированном болезненном голеностопном суставе. Основное направление стабилизирующих сил указано стрелками

а наклон туловища совершается уже не вперед, а кпереди и вбок;

г) подпрыгивающая походка.

Нарушения подобного рода обусловлены ущемлением конечности. Наиболее часто это происходит при специфических деформациях в голеностопном суставе, выражающихся опущением переднего отдела стопы, при котором больной во время ходьбы опирается на головки плюсневых костей и пальцы.

Как и при падающей хромоте, различие в длине конечностей компенсируется различными способами. Наиболее часто больные или укорачивают более длинную конечность, сгибая ее в коленном и тазобедренном суставах, или удлиняют более короткую, перенося опору со всей стопы на пальцы и головки плюсневых костей и максимально распрямляя и вытягивая ее в коленном и тазобедренном суставах;

д) походка при анкилозе в голеностопном суставе.

Отсутствие подвижности в голеностопном суставе оставляет больному немного разнообразия в выборе походки. Наиболее часто наблюдается или чистая флексорная походка, или комбинация ее с укорочением шага.

Смысл флексорной походки (со сгибанием коленного сустава) состоит в компенсации отсутствующего из-за неподвижности голеностопного сустава толчка, сгибанием туловища вперед и рекурвацией (переразгибанием) колена больной конечности.

Вполне естественно, что описанные нарушения выполнения локомоций имеют более значительное функциональное воплощение.

Во-первых, причина, приведшая к появлению этой острой боли, сама по себе может нарушать целостность системы двигательного звена, что далее приводит к дисбалансу мышечного напряжения, перераспределению нагрузки в суставе, перерастяжению капсулы и опять к боли; во-вторых, возникновение нарушений ходьбы как моторного ответа на острую боль всегда сопровождается мышечной контракцией, что служит самостоятельным источником протопатической боли; в-третьих, суставы нижних конечностей являются собой единую функциональную цепь, движения в которой взаимозависимы от активности всех звеньев, нарушение в одном из них сразу же отражается в увеличении нагрузки (прежде всего аксиальной) и ограничении объема движений во всех суставах.

И наконец, именно боль, возникшая в области одного сустава, развертывает весь механизм формирования первичных охранных статодинамических изменений в пределах всей конечности, которые, в свою очередь, становятся условием вторичной мышечно-суставной боли. Все эти процессы являются по своей сути саморегулируемыми и преследуют одну цель — уменьшить двигательную активность субъекта, перевести его из состояния активного движения в состояние покоя. Несоблюдение такой установки ведет к прогрессирующей дезадаптации, хронизации процесса.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТАТИЧЕСКОГО И ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПОВ

В связи с тем что система позвоночник — нижние конечности является единым неразрывным образованием, клиническое обследование больного должно предусматривать и анализ внутри этих соотношений.

Первичные данные могут быть получены уже на уровне банального осмотра, на первом этапе которого изучается профиль осанки больного, расположение основных узловых точек относительно вертикальной оси. К таким точкам обычно относят паружный слуховой проход, среднюю линию плечевого сустава — плечевой кости, область большого вертела бедренной кости и наружную лодыжку. У нормального субъекта с сохраненной полноценной осанкой все эти точки располагаются по одной прямой, по любое отклонение (ломаность линии) может расцениваться как нарушение в пределах одного или нескольких отделов костного скелета, отражающее индивидуальную особенность позного статического стереотипа.

Естественно, что познавая активность в некоторой степени отражает характерологические личностные особенности психофизической организации организма индивидуума и поэтому в схеме соматопсихики занимает связующее место, что необходимо учитывать при исследовании двигательного стереотипа, определении его прогностических изменений.

Дополнительную информацию, отражающую специфику осанки (выявляющую скрытые нарушения), можно получить и при осмотре больного со стороны спины или груди. Основным ориентиром при этом служит уровень стояния (симметрия расположения) сосков груди, крыльев таза. Последний ориентир, мало зависящий от бокового искривления позвоночника, служит основной предпосылкой к подозрению об укорочении одной из конечностей или деформации таза (врожденной или приобретенной). Взаиморасположение передних отделов крыльев таза в сопоставлении с нижними может подтвердить возникшее предположение, а динамическое, клиническое и рентгенологическое исследование илиосакральных сочленений — поставить последнюю точку в дифференциальной диагностике.

Следующим ориентиром, в визуальном тестировании служит высота — симметричность расположения ягодичных и подколенных складок, верхнего контура надколенника. Эти параметры косвенно свидетельствуют и о сохранности тонуса мускулатуры, и о симметричности длины отдельных костей конечностей. Построение заключений на основании естественных ориентиров не представляет собой сложности, но требует определенного навыка. Поэтому можно рекомендовать нанесение чернильных горизонтальных отметок, по которым проще заметить имеющуюся диспропорцию.

Принципиальным моментом исследования статического и динамического стереотипа является то, что вся процедура должна строиться таким образом, чтобы нести диагностическую информацию для врача и быть обучающей для пациента. Это условие решается тем, что вся процедура проводится перед высоким вертикальным зеркалом.

В результате врач получает развернутую информацию о позном и динамическом стереотипе пациента, а сам больной — программу его коррекции.

В основе проведения визуальной диагностики лежат изучение привычной естественности поведения больного. На это должны нацеливать пациента и общедоверительная обстановка беседы с врачом, и специальные отвлекающие тесты, снимающие центральную регуляцию позного мышечного тонуса.

Для этого пациента просят закрыть глаза, несколько раз согнуть-разогнуть голову и затем

остановиться в положении, кажущемся удобным (глаза вплоть до этого момента остаются закрытыми). После этого вновь проводится полный анализ и соответствующая коррекция взаиморасположения головы, грудной клетки, таза и стоп во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

Далее исследуется выполнение ходьбы на месте в любом приемлемом для больного темпе. При этом оцениваются симметричность включения в акт ходьбы параспинальных, ягодичных мышц, выворот или инверсия стоп. Отмеченные нарушения демонстрируются больному. Далее просят изменить несколько раз темп ходьбы, чтобы убедиться в стойкости сформированного двигательного стереотипа, параллельно внося необходимые коррекции, на которые также обращают внимание пациента; исключительную по ценности информацию может дать и исследование больного, находящегося в психофизическом напряжении, которое проявляет характерные паттерны мышечного напряжения, затрудняющие или облегчающие движения.

Однако, несмотря на высокую информационную ценность визуальной диагностики, необходимость использования валидных, достаточно подвижных параклинических тестов, позволяющих осуществлять динамический контроль, не вызывает сомнения. Элементарная батарея таких тестов включает в себя отвес, гониометр, напольные портативные весы, набор стандартных портативных пластиковых дощечек толщиной 5 мм и подоскон.

С помощью отвеса и набора подкладываемых под стопу дощечек решается вопрос о степени укорочения конечности и функциональных резервах для ортопедической коррекции. Аналогично проведенное исследование, но в положении больного сидя (подкладывая дощечки под одну из ягодиц) позволяет определить прогностическую адекватность терапевтических мероприятий, саногенный уровень коррекции в позвоночнике при врожденной асимметрии таза.

Пододография (исследование графического выражения отпечатка стопы в положениях минимальной осевой нагрузки — в положении сидя, в положении вертикального прямохождения, при ходьбе, при выполнении профессиональных нагрузок) может оказаться уникальным по своим возможностям диагностическим методом. Достаточно сказать, что площадь отпечатка одной и той же стопы в различных функциональных дозированных нагрузках позволяет не только определить степень ее компенсаторного расклатывания, участия в движениях, поддержании позы и т. п., но и получить возможность динамического контроля, поддающегося параметрическому анализу. Исследование симметричных отпечатков стоп дополняет диагностическую информацию, вплоть до расчета расположения общего центра тяжести тела, долевого участия опорной и толчковой конечности в поступательном контроле.

Как уже говорилось ранее, в батарею необходимых рутинных методов по изучению движения включается и так называемый двухвесовой тест, позволяющий, используя минимальные возможности (пара напольных бытовых весов), определять асимметрию нагрузок на конечности в различных режимах — в состоянии комфорта, готовности к прыжку и т. п.

Среди множества известных способов определения ведущей (в функциональном отношении) конечности есть и такие тесты, которые входят и в базовую батарею по определению состояния здоровья населения. К ним относится и тест статической балансировки.

Уникальной особенностью этого теста является получение максимума информации при минимуме затрат. Данный способ исследования состоит в перемещении перед пациентом задачи — развести руки в стороны, закрыть (затем во второй части открыть) глаза и поджать одну ногу, оставшись стоять на другой. Отсутствие установочных инструкций, краткость, в чем-то проективность (пациент не знает, какой параметр изучает врач) позволяют собрать значительный объем информации. Во-первых, пациент подсознательно выбирает опорной ту ногу, которая в данный момент его не беспокоит, или (в случаях нормы) — опорную. Во-вторых, отсутствие на первом этапе зрительного контроля (центральной коррекции) позволяет рассмотреть резерв возможностей вестибулярной и постуральной регуляции, а на втором этапе — значение зрительного анализатора в поддержании равновесия. В-третьих, визуальный и пальпаторный анализ параспинальных мышц (контр- или гомолатеральное включение) дает возможность выявить роль и место вертебральных нарушений в этиопатогенезе суставных болей нижних конечностей. В-четвертых, положение опорной конечности (сохранность или ломанность дирекционной оси) позволяет косвенно судить о вовлечении в процесс того или иного сустава, а наличие заметных мышечных фасцикуляций позволяет обсуждать вопросы стабильности (гипо- или гипермобильности) сустава, наличия и выраженности болевого синдрома. В дополнение к последнему необходимо подчеркнуть, что отказ от выполнения теста при сделанной попытке служит достаточным основанием в верификации органической природы суставной боли. И наконец, различная высота расположения рук, контур мышц плечей безошибочно указывают на латерализацию функций (врожденную), а форма бокового изгиба позвоночника — на успешность саногенной коррекции нарушений в нижнем этаже за счет верхнего плечевого пояса. Таким образом, не останавливаясь на других диагностических сторонах теста (выявление мозжечковой недостаточности — при запрокидывании головы назад и др.), можно уверенно говорить о высокой информационной ценности метода.

Исследование больного в положении сидя также позволяет получить уточняющую информацию о сохранности (полноценной активности) кинематических цепей. Особенностью такого варианта обследования является избирательное включение-выключение отдельных двигательных звеньев. Это приобретает особую ценность при тестировании поясничного региона тазового пояса, его подвижности в сагитальной, фронтальной, трансверсальной плоскостях.

Чрезвычайно важным обстоятельством в исследовании двигательных нарушений является то, что обследование расширяется до выявления дебютных проявлений заболевания (нарушения естественного функционирования) в вышележащих двигательных звеньях (составляющих с пораженным единую кинематическую цепь) — наличие кривизны, гипермобильности в суставах, статодинамические расстройства позы вертикального прямохождения, ходьбы, кинематики позвоночного столба и противоположной конечности.

Врожденная латерализация функций правой и левой конечностей особенно важна в определении прогностических нарушений, вторично связанных с основным процессом. Как правило, опорная конечность, чаще и более длительно поддерживающая аксиальные нагрузки, адаптирована к таким напряжениям через компенсаторные поведенческие мероприятия — например, в положении сиди-

пога за ногу опорная нога закладывается за толчковую, чем вызывается пассивная тракция в коленном и меньше в голеностопном суставе, растягиваются (снимается тонус) ягодичные мышцы и т. п. Появление дегенеративно-дистрофических нарушений в опорной конечности более вероятно, а это означает смену функциональных нагрузок, что ставит суставы и мышцы бывшей толчковой ноги в крайне невыгодное биомеханическое положение, прогностически более подверженное остеоартротическим нарушениям.

Основными ориентирами при визуальной диагностике являются симметричность формы ног (*genu valgum* — *genu varum*), симметричность состояния надколенника, контур мышц бедра и голени (наличие амиотрофии). Последний показатель желательно верифицировать с помощью мягкой рулетки или курвиметра. Все промеры необходимо проводить в строго симметричных зонах, используя как основную точку отсчета верхний край надколенника. Обычно рекомендуется делать два промера окружности бедра — один на высоте 5 см от верхнего края надколенника (косвенный показатель массы *m. vastus internus*), второй — на высоте 15 см (косвенный показатель массы *m. quadriceps femoris*).

Определенную диагностическую ценность могут представлять измерения окружности бедра в положении стоя и лежа, как показатели активности участия мышц в коррекции прямохождения. Продолжением тестирования напряженности мышц бедра может служить исследование профиля ног в положении лежа. Считается, что контакт подколенной ямки с твердой опорой может расцениваться как рекурвация (переразгибание) колена, обусловленная избыточным расслаблением мышц передней поверхности бедра. В то же время пружинистость колена, напряженность положения лежа с выпрямленными ногами могут быть следствием укорочения сухожилий разгибателей или функционального блока менисков.

Особенности нарушений походки с ограничением периода опоры на большую ногу ведут к компенсаторной гипермобильности в суставах позвоночника и противоположной конечности. Раскачивание и ротационные смещения значительно расширяются по своей амплитуде, что ведет на первом этапе к гипермобильности, а затем и к гипомобильности вышележащих суставов одной и противоположной конечностей. Именно поэтому результаты диагностики, их динамический анализ должны быть скоррелированы с периодом болезни, длительностью болевого синдрома.

ОБСЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ

Особенность суставной диагностики составляет исследование доболевого уровня движений как естественного физиологического коррелята — порога болевого ощущения. Такое обследование, проводимое ежедневно с необходимым суггестирующим опосредованием, может рассматриваться не только как нетравматичный диагностический тест, но и как элемент мануальной коррекции. При этом между пациентом и врачом устанавливаются особенно доверительные отношения, напоминающие цепь биологической обратной связи, лимитированной, с одной стороны, ощущением боли и, с другой, нежеланием ее причинить. До некоторой степени это может быть объяснено тем, что знание ощущения боли является единственно реальным и взаимопонятным проявлением, объединяющим больного и врача не только

тому, что один из них лечит, а другой болен, то и потому, что и тот, кто лечит, сам может страдать или уже страдал.

В специальной терапевтической практике для определения уровня суставного поражения наиболее часто используется классификация Зейфрида (Mueur M., Сувалька. — М., 1986):

I степень повреждения сустава. Больной плавно выполняет движения с нагрузкой на конечности (в полном объеме для данного сустава приемлемое противодействие меньше максимального противодействия для здоровой конечности);

II степень повреждения сустава. Движения выполняются в полном объеме, небольшая нагрузка конечности ограничивает объем движений в исследуемом суставе и вызывает боль;

III степень повреждения сустава. Движения выполняются замедленно, скачкообразно, при условии разгрузки конечности возвращается плавность движений в полном объеме для исследуемого сустава;

IV степень повреждения сустава. Больной может выполнять движения, создание условий разгрузки приводит к тому, что движение происходит в небольшом объеме, меньшем, чем пассивный объем движений в исследуемом суставе.

При этом основной упор делается на обследование пассивных движений в суставах, активных движений против сопротивления. Наиболее подробно рекомендуется исследовать пассивные движения непосредственно в области их ограничения, выделяя две основные группы движений: пассивные физиологические (т. е. те, которые могут быть воспроизведены активно-произвольно) и пассивные дополнительные (не воспроизводимые произвольно). В англоязычной литературе эти движения описываются как суставная игра.

Исследование таких движений отражает не только степень свободы сустава, но и помогает диагностике нарушений, оценке эффективности лечения. Большое внимание в диагностике степени двигательных нарушений в отдельных звеньях уделяется также обследованию состояния мышц, связочного аппарата. Кроме того, важным ориентиром является и сравнительный объем движений в симметричных конечностях (суставах), и возможность совершения безболезненных движений (или движений на доболеом уровне) в положении стоя и лежа, т. е. при сохранении или исключении аксиальной нагрузки.

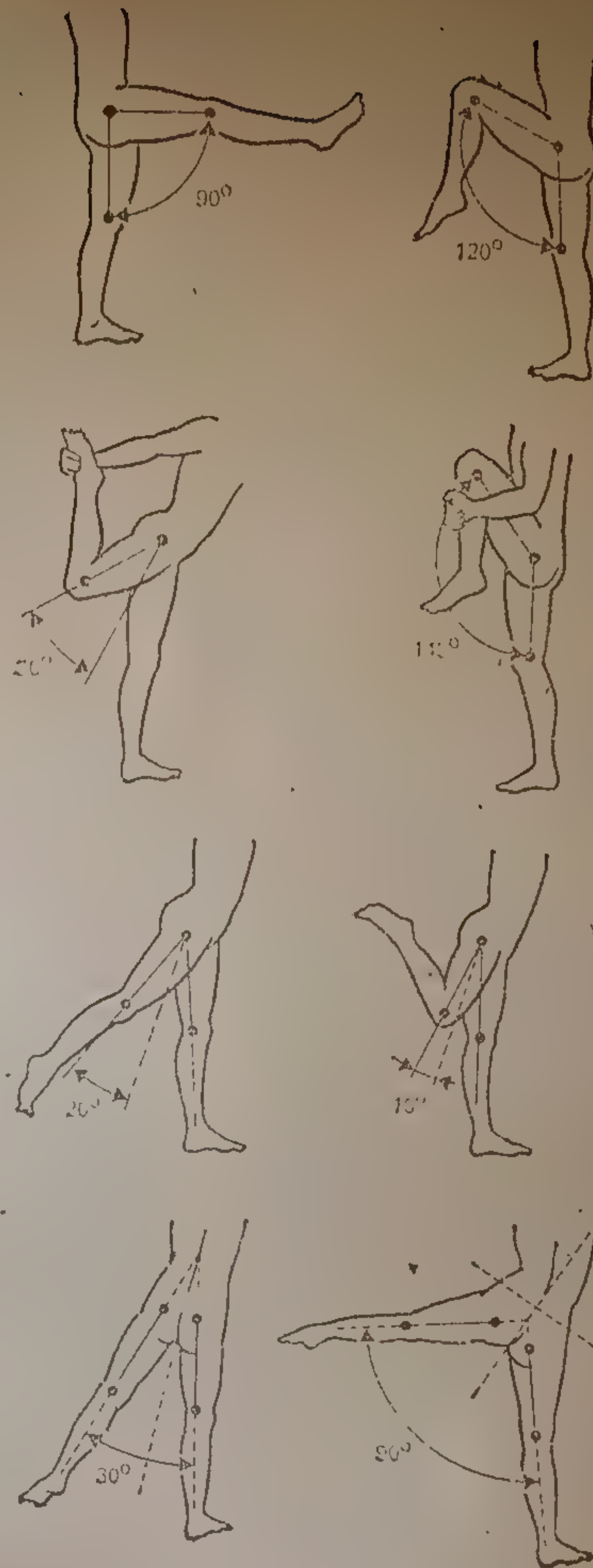
ОБСЛЕДОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Обследование начинается в положении больного стоя. При этом исследуются сравнительные длины конечностей, различия в высоте стояния гребней подвздошных костей, объем произвольных движений, пассивных движений, а также мышцы, входящие в отдельные двигательные паттерны, движения против сопротивления.

Основное обследование проводится в положении пациента с фиксированным тазом лежа на жесткой кушетке.

Сгибание: объем пассивных движений в норме 130° .

Больной лежит на спине. Исследователь одной рукой фиксирует исследуемую конечность, а другую подводит под поясницу. Обследуемая конечность сгибается во всех суставах (тазобедренном, коленном, голеностопном). После осуществления максимального сгибания в коленном и голеностопном суставах (подтянуть пятку к бедру, не отрывая ноги) производится сгибание в тазобедренном суставе.



Допустимый объем произвольных движений в тазобедренных суставах в положении стоя (по Капанджи Н. А., 1984)

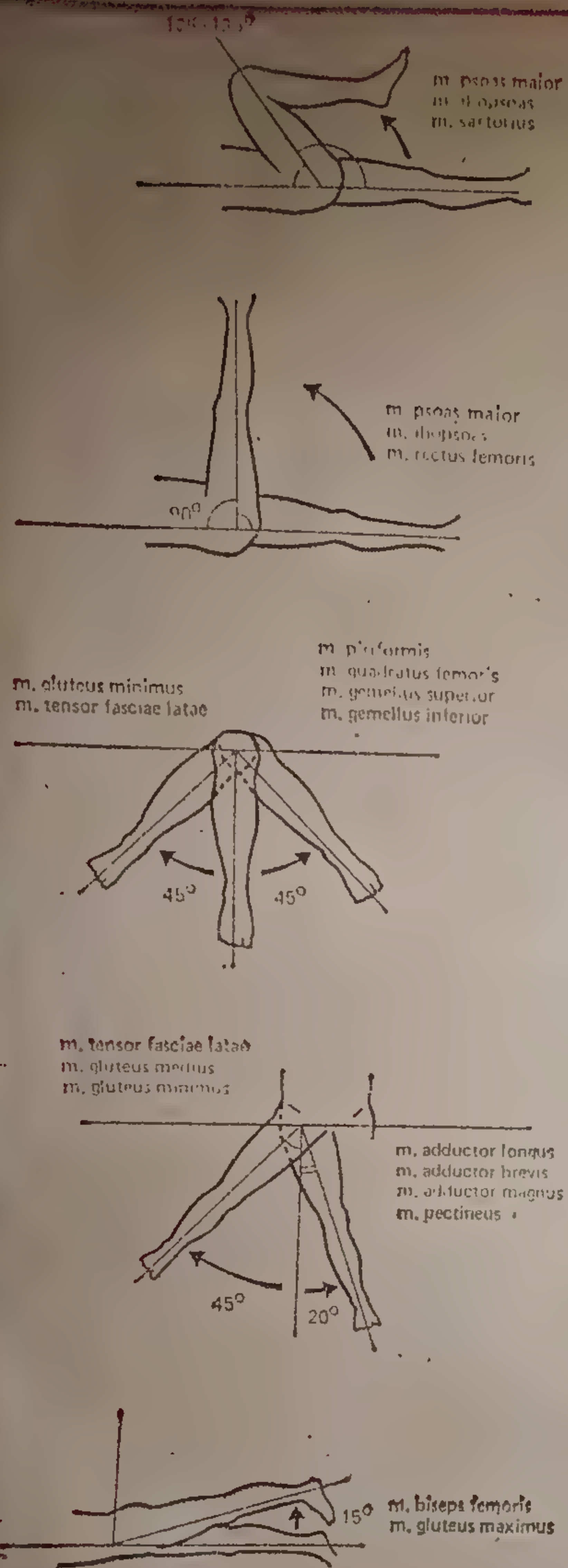
Диагностически важным является момент сгибания, во время которого начинает устраняться поясничный лордоз, что отмечается рукой исследователя, расположенной под поясницей. Последовательно (от пассивных к активным) исследуются уровни доболеого объема движений. Определенное значение может приобретать пальпация мышц бедра и ягодиц, участвующих в двигательном акте.

Разгибание: объем движений в норме 30° .

Больной находится в положении лежа на животе. Исследователь стоит за спиной больного, одной рукой фиксируя таз, а второй придерживая исследуемую конечность в области коленного сустава. Исследование пассивных движений заключается в максимальном оттягивании исследуемой конечности назад. Движение прекращается с моментом вовлечения таза в двигательный акт.

Отведение: объем движений в норме 50° .

Больной лежит на спине. Исследователь стоит сбоку, одной рукой фиксируя таз, а другой придерживая конечность снизу в области нижней



Объем движений и основные мышцы, входящие в данные паттерны движений в тазобедренном суставе

трети бедра. Нога разогнута в коленном суставе и расслаблена. Медленно перемещая руку (поддерживая бедро), исследователь отводит ногу по направлению к себе и фиксирует угол максимального отведения.

Приведение: объем движений в норме 45° .

Индивидуальный объем движений по приведению в тазобедренном суставе изучается при тех же условиях, что и отведение, однако нога смещается медленно перед и над противоположной конечностью.

Вращение: объем движений в норме — внутреннее — 40° ; наружное — 45° .

Больной лежит на спине. Исследователь находится сбоку от обследуемой конечности, согнутой

в коленном и тазобедренном суставах или полностью выпрямленной. Определяется угол, на который поворачивается в одну и другую сторону стопа исследуемой конечности.

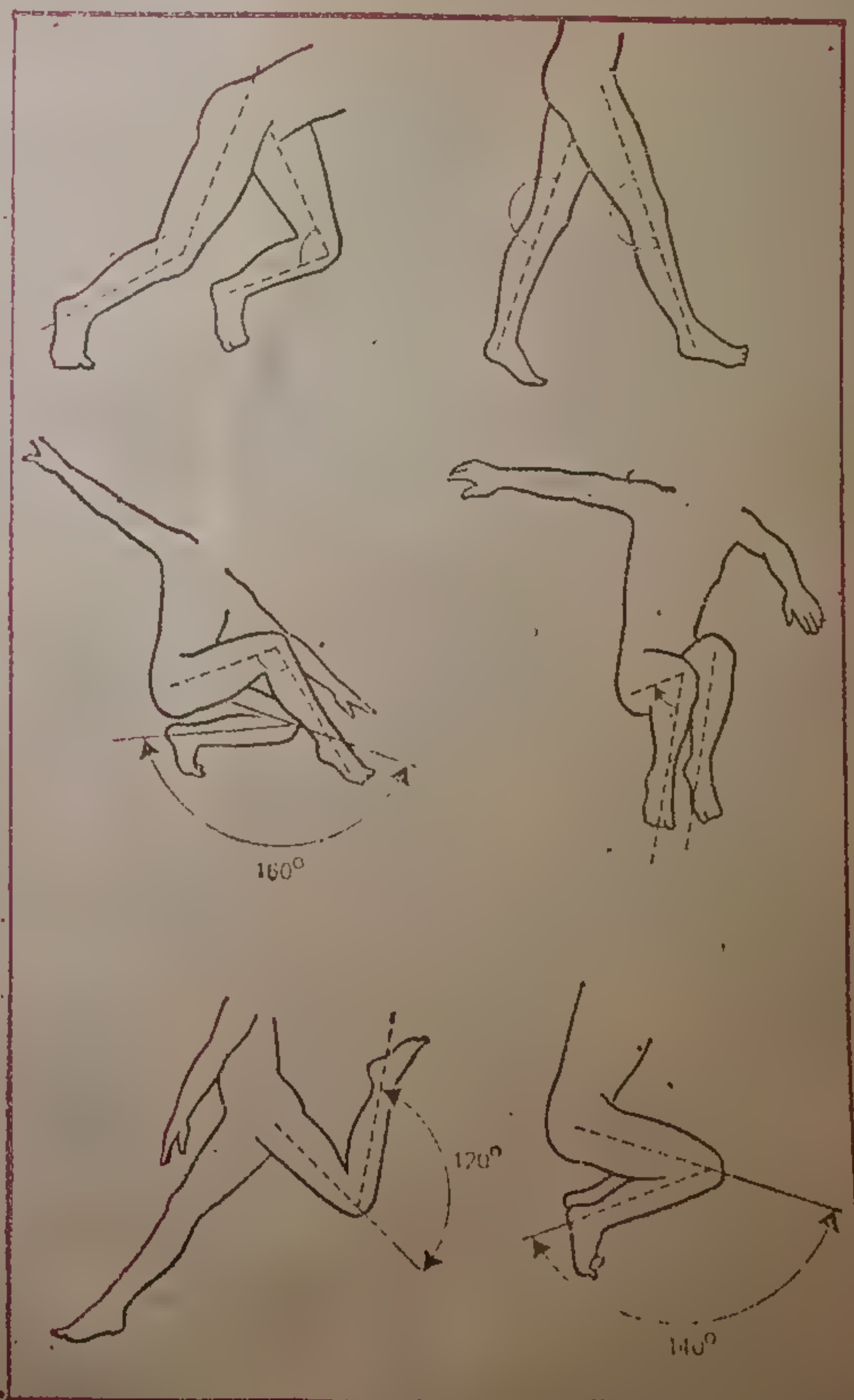
ОБСЛЕДОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Так же, как и при исследовании тазобедренного или голеностопного сустава, диагностика начинается уже в период знакомства с больным, при изучении моторного поведения, характерных особенностей ходьбы, вертикального прямостояния, положения комфорта в позе сидя, объема произвольных движений. После проведения исследования пассивных движений проводится обстоятельное изучение мышц, входящих в отдельные двигательные паттерны, движений против сопротивления.

Рутинное обследование функций коленного сустава принято проводить в положении больного лежа на спине и животе.

Сгибание: объем пассивных движений в норме $130-145^\circ$.

Больной лежит на животе. Исследователь одной рукой держит в области голени обследуемую конечность, а другую руку кладет на поясничный изгиб позвоночника. Максимально расслабленная обследуемая конечность сгибается в коленном суставе до того момента, пока в общий паттерн



Допустимые объемы активных движений в коленных суставах при различных нагрузках (по Каппанджи Н. А.)

...ский не исключается тазокрестный отдел. Исследование мышц поясничной области позволяет одновременно приостановить проведение сгибания, если оно становится болезненным для пациента.

Далее исследуются активные движения; мышцы, входящие в данный двигательный паттерн, активные движения против сопротивления.

Разгибание: объем пассивных движений в норме от 180 до 5°.

Больной находится в положении лежа на спине с выпрямленными ногами. Исследователь одной рукой фиксирует бедро в его нижней трети (на 5—7 см выше верхнего края надколенника), а другой подхватывает голень в области пиклотки. Противоположно направленными движения рук позволяют осуществлять гиперэкстензию в колене в максимально допустимом объеме.



Объем движений и основные мышцы, входящие в данный паттерн движений в коленном суставе

Далее исследуются активные движения по разгибанию; мышцы, входящие в данный двигательный паттерн; активные движения против сопротивления. Оптимальным для такого исследования является положение больного сидя. Зная предельный объем пассивных движений, их долевой уровень, в этом положении легко рассмотреть последовательность включения и общее участие мышц передней поверхности бедра в движение разгибания.

Наружная ротация: объем пассивных движений в норме от 45 до 50°.

Больной находится в положении или лежа на животе, или на здоровом боку. Исследователь одной рукой фиксирует пятку и весь голеностопный сустав, а второй — стопу в области поперечного свода. Осуществляя жесткую фиксацию ноги в этих двух точках, исследователь проводит наружную ротацию (используя рычаг стопы).

При другом, альтернативном, подходе исследователь использует в качестве рычага всю голень. Для этого одной рукой он фиксирует голеностопный сустав, а другой — согнутую в коленном суставе ногу в области надколенника. Придерживая колено и наблюдая за бедром, производится наружная ротация.

Далее исследуются активные движения; мышцы, входящие в двигательный паттерн, движения против сопротивления.

Основной диагностический интерес представляет *m. tensor fasciae latae*, напряжение которой хорошо выявляется при пальпации в области боковой поверхности бедра на высоте движения против сопротивления (удерживание выпрямленной ноги в области голени при произвольном движении отведения).

Внутренняя ротация: объем пассивных движений в норме 30—35°.

Положение больного — лежа на животе или

здоровом боку. Техника исследования аналогична вышеописанной для определения объема движений наружной ротации.

Исследование менисков

В основе исследования целостности аппарата менисков лежат четыре следующих основных теста:

1) пальпация боковых (внутренних поверхностей) коленных суставов — наличие болезненности по поперечной линии сустава;

2) наличие болезненности и пружинящего сопротивления при попытке провести гиперэкстензию в колено;

3) наличие болезненности при пальпации по внешней или внутренней ротации в колене (тест Гриндинга);

4) наличие болезненности и пружинящего сопротивления в колене (по внутренней линии суставной щели) при проведении варусного сгибания в колене (тест Мак Муррея).

Исследование связочного аппарата

Наиболее грубые нарушения интрасуставного связочного аппарата (крестовидной связки) определяются уже при сопоставлении профилей ног, согнутых в коленных суставах — на «больной» конечности резко контурируется область подколенной ямки, что свидетельствует о повреждении задних отделов крестовидной связки.

Более ранним диагностическим признаком нарушения целостности или уплотнения в передних отделах крестовидных связок является нарушение внутрисуставных движений в передне-заднем направлении (нога согнута в коленном суставе на 60°, стопа фиксирована).

ИССЛЕДОВАНИЕ НАДКОЛЕННИКА

Исследование мобильности надколенника является обязательной процедурой в общем плане тестирования коленного сустава, но оно становится еще более актуальным, если при визуальном обследовании выявляется асимметричное расположение (смещение) коленной чашечки.

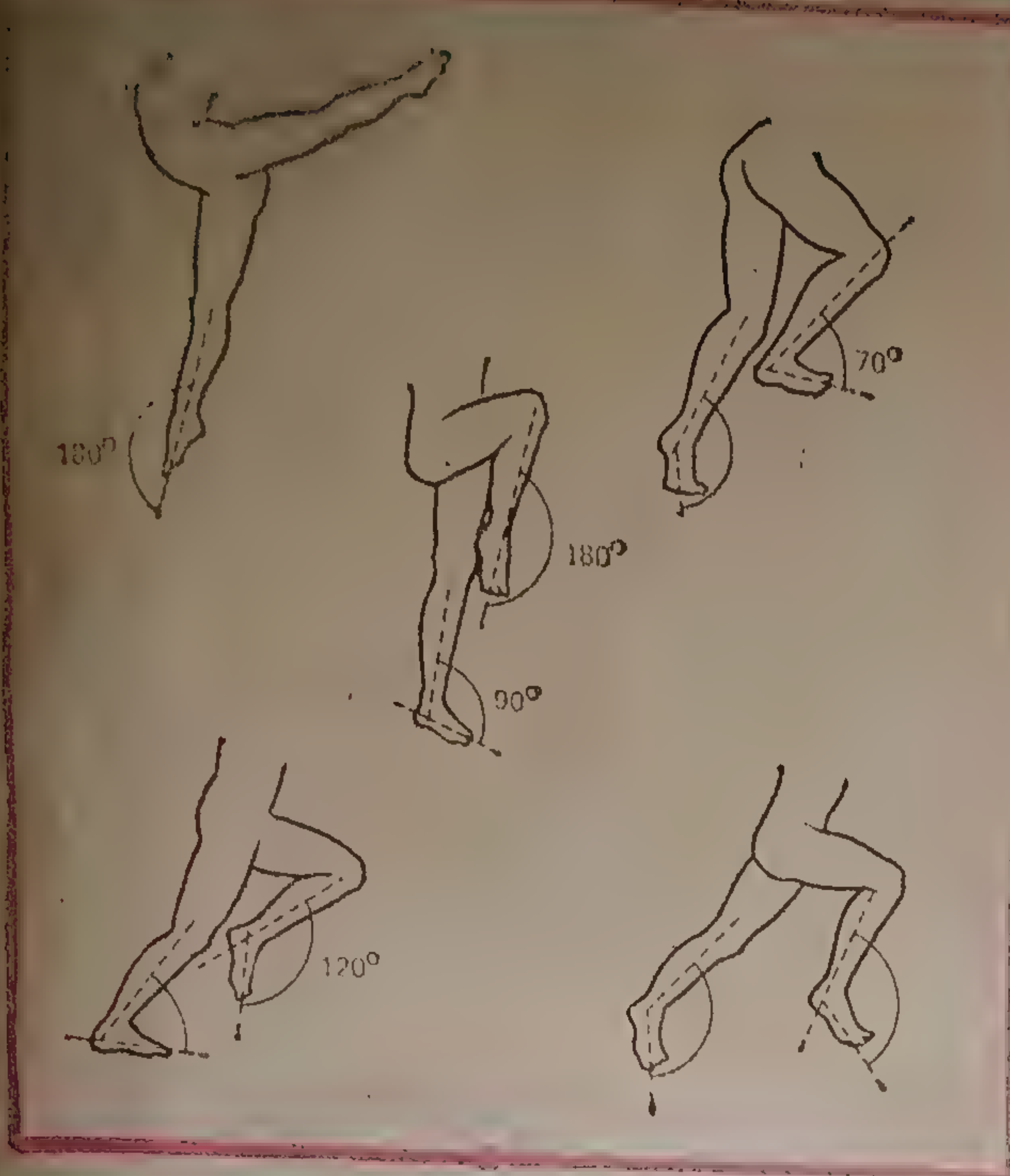
Первым наиболее банальным тестом является исследование объема боковых смещений надколенника. Обычно оно проводится или на полностью выпрямленной, или согнутой на 10° в колене ноге.

Наличие крепитации при пассивном перемещении надколенника может расцениваться как косвенный признак наличия дегенеративно-дистрофических процессов в области сустава. Более точные сведения об этом получают при пальпации суставных поверхностей после смещения надколенника внутрь или наружу, пробном пассивном сгибании ноги в колене.

Однако основная сложность, стоящая перед исследователем, состоит далеко не в том, чтобы произвести все возможные тесты на коленном суставе и правильно интерпретировать их, а скорее в том, чтобы не ограничивать свое внимание на этом одном суставе и заглянуть дальше, развернуть всю кинематическую цепь нижней конечности, центром которой является коленный сустав.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

В отличие от других крупных синовиальных суставов нижней конечности так называемый голеностопный сустав представляет собой не столько анатомическую единицу, сколько функциональную структуру, вершину своеобразной динамиче-

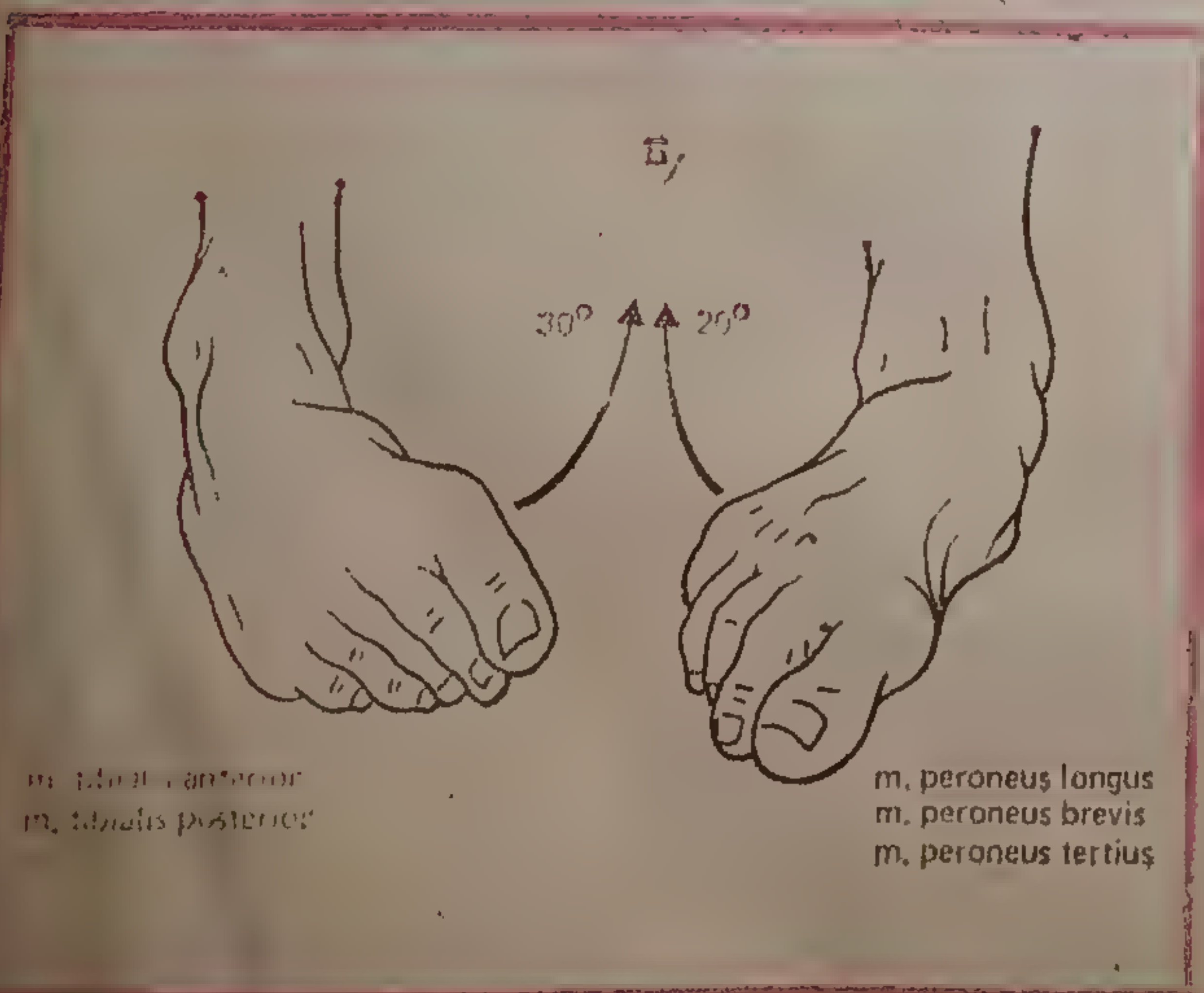


Различные варианты активных движений в голеностопном суставе (по Кананджи И. А.)

ской пирамиды, основанием которой служит прочная конструкция архитектуры стопы.

Если функции коленного сустава неотрывны от локомоций — включенности в движение мощных мышечных групп ягодиц, бедра и голени, то голеностопный сустав отражает в своей деятельности (в своем двигательном паттерне) все функциональные и органические особенности стопы и мышц голени как основных источников восходящих поструральных рефлексов поддержания позы активности.

Исходя из этого обследование должно начинаться с изучения особенностей опоры на стопы. По мнению некоторых клиницистов (Lewit K., 1987; Harrison D. D., 1981), наиболее доступный способ оценить эти особенности состоит в изучении стертости подошв пошеной обуви. Этот способ, помимо общедоступного, дает сведения о



Объем движений и основные мышцы, входящие в двигательный паттерн движений в голеностопном суставе (по Кананджи И. А.)

многих параметрах опоры динамического стереотипа. Альтернативным методом оценки, отражающим (к сожалению) исключительно сиюминутное состояние опоры на стопы, является подография.

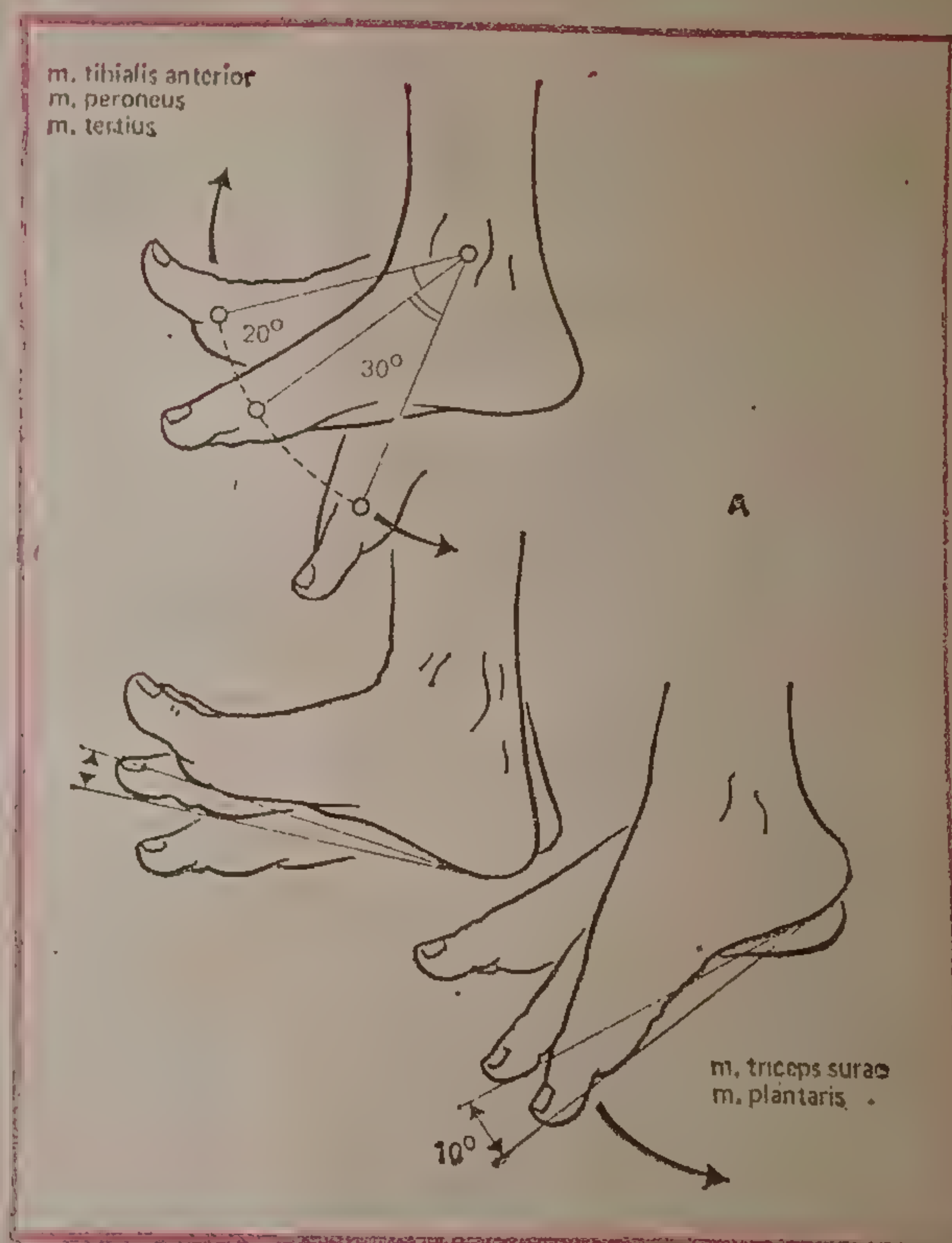
Мануальное исследование движений в голеностопном суставе обычно проводится в положении больного лежа на спине со стопами, свешивающимися с края кушетки.

Сгибание: объем пассивных движений в норме 30—35°.

Исследователь захватывает и фиксирует одной рукой пяточную кость обследуемой конечности, а другой, зафиксировав стопу на уровне вершины продольного свода, совершает движение сгибания.

Далее исследуются активные движения: мышцы, входящие в двигательный паттерн (икроморная группа — *m. triceps surae*, *m. plantaris*); движения против сопротивления.

Разгибание: объем пассивных движений в норме 20—25°.



Объем движений и основные мышцы, входящие в данный паттерн движений в голеностопном суставе (по Кананджи И. А.)

Техника исследования аналогична приведенной выше, но при совершении движения разгибания.

Далее исследуются активные движения; мышцы, входящие в двигательный паттерн (передняя группа — *m. tibialis ant.*, *m. peroneus*); движения против сопротивления.

Внешняя ротация: объем пассивных движений в норме 20°.

Исследователь захватывает и фиксирует одной рукой пяточную кость обследуемой конечности, а другой, оказывая давление на внешний контур подошвенной поверхности стопы, совершает движение внешней ротации.

Далее исследуются активные движения; мышцы, входящие в двигательный паттерн (передняя- 19

боковая группа — *m. m. peronei longus et brevis*, *m. tertius*; движения против сопротивления.

Внутренняя ротация: объем пассивных движений в норме 30° .

Техника исследования аналогична предыдущей при условии проведения движения внутренней ротации. Далее исследуются активные движения: мышцы, входящие в двигательный паттерн (*m. m. tibialis anterior et posterior*); движения против сопротивления.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ

Этот тест — исследование движений голеностопного сустава (*abnormal movements*) в переднезаднем направлении, выполняется так же, как и предыдущие, в положении больного лежа на спине. Исследователь одной рукой твердо фиксирует голень в области ее нижней трети, а другой — стопу в области пяточной кости или поперечного свода. Совершая руками противоположно направленные движения, определяется наличие движений в сагитальной плоскости, в переднезаднем направлении.

Приведенная схема обследования голеностопного сустава была бы не полной, если не обратить внимание на возможность проведения пациентом (и соответствующего сопоставления результатов с вышеописанными тестами) активных движений при привычной для него нагрузке вертикального прямохождения. Такая коррекция особенно необходима при наличии болевого синдрома, но отсутствия болезненности при тестировании пациента в положении лежа. При этом желательно проводить диагностическую имитацию различных положений стопы, а не ограничиваться рутинными приемами демонстрации ходьбы (стояния) на пятках или кончиках пальцев.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Как известно, основной целью реабилитационных мероприятий является восстановление и укрепление способностей человека принимать активное участие в общественной жизни.

По мнению ряда исследователей, специфичность клинической картины создается за счет преморбидных особенностей личности, ее предрасположенности к тем или иным формам реагирования, определенной сферы клинических синдромов, изменения внутренней позиции больного по отношению ко всей совокупности обстоятельств болезни и общего модулирующего влияния возраста и социокультурного окружения. Естественно, что такое определение в наибольшей степени отражает особенности клинической картины у больного с длительным течением патологического процесса. Это означает, что целевое направление реабилитационно-лечебных мероприятий по отношению к больному прямо зависит от характера течения процесса и его длительности — акцентуации внимания на болезни (патоморфологических субстратах острых проявлений, имеющих витальную значимость) или на самом больном (совокупность соматопсихических нарушений у индивидуума).

Исходя из приведенных предпосылок и ориентируясь на результаты практических работ и научных исследований последних лет, можно построить довольно емкую схему, учитывающую дифференцированный подход к выбору тактики

лечения и оптимальные сроки его проведения (см. схему).

Как видно из этапов, рассмотренных в данной схеме, все они удовлетворяют основным целям, указанным ранее: избавить пациента от боли; улучшить функцию двигательного звена; предупредить возникновение прогностически возможных нарушений и, исходя из этого, повлиять на моторное поведение пациента.

Этап обследования непосредственно связан с обеспечением пациентов экстренной помощью. Пять этапов дифференцированной терапии очерчивают все возможные этиопатогенетические звенья, связанные с формированием боли: 1) исключение психогенной и активирование центральных нейроэндокринных механизмов; 2) изменение нопепептивных механизмов на периферическом участке; 3) изменение характера вазоактивных реакций, ведущих не только к улучшению микроциркуляции локуса поражения, но и за счет общности механизмов нодидентивной и сосудистой реакций, заключающих периферическую нейроэндокринную регуляцию.

Все эти мероприятия проводятся при максимально расслабленном мышечном аппарате и положении конечности в максимально достижимом комфорте. Наиболее эффективными средствами миорелаксации на этапе острой боли соматогенной природы являются фармакотерапия, потенцирующая эффект центральных анальгетиков, транквилизаторов; релаксация давлением и растяжением; суггестивная психотерапия. Для обеспечения стойкой и продолжительной (более суток) иммобилизации рекомендуются стабилизирующие пластырные повязки.

Трехдневный срок, отведенный на первый этап, объясняется не только необходимостью получения развернутых диагностических данных, но и малой скоростью адаптивно-репаративных процессов, необходимостью добиться определенной кумуляции терапевтических эффектов. Естественно, что этот срок может при благоприятных обстоятельствах (нормализация состояния пациента) сокращаться до 1—2 дней. В таком случае пациент попадает в группу диспансерного наблюдения и ему проводятся общие профилактические мероприятия с учетом объема давности первичного очага поражения.

Отсутствие терапевтического эффекта автоматически означает переход к следующему этапу, определяет необходимость оказания дифференцированной помощи и по поводу боли, и по поводу усугубляющихся нарушений функции двигательного звена.

Как уже указывалось ранее, пластичность нодидентивных процессов за дни определяется обильным транспортом, медленной активностью нервных терминалей, извращенной активностью симпатических образований. В связи с этим на уровне продолжения терапии центральными анальгетиками и транквилизаторами могут быть с успехом использованы различные блокады.

Исходя из концепции воротного контроля, одним из возможных механизмов подавления нодидентивной интегративной активности является вовлечение в деятельность быстропроводящих нервных волокон, следующих от мышечных и сухожильно-связочных образований. Такая стимуляция может осуществляться с помощью мануальных воздействий на вышележащие по отношению к заинтересованному очагу двигательные звенья.

Так же, как и проведение синергических упражнений работы в ключе биологической обратной связи, обеспечивающих эффективное восстановление исходной импульсации, любое терапевтиче-

Этапность и характер терапевтических мероприятий
в лечении пациентов с болевым синдромом,
сопровождающимся расстройством функции
периферического двигательного звена

1. Первый этап (1—3 дня)

1.1. Обследование:

- 1.1.1. Психологическое тестирование
- 1.1.2. Альгологическое тестирование
- 1.1.3. Мануальная диагностика
- 1.1.4. Исследование регионального кровотока
- 1.1.5. Функциональная рентгенодиагностика опорно-двигательного аппарата
- 1.1.6. Общеклиническое тестирование состояния здоровья

Отсутствие эффекта
Дальнейшие мероприятия

1.2. Недифференцированная помощь:

- 1.2.1. Изменение альгореактивности центральных нейроэндокринных образований (центральные анальгетики, транквилизаторы, иглорефлексотерапия)
- 1.2.2. Снижение активности механосенситивных кожных афферентов в триггерных зонах, зонах ирритации болей (хлорэтил; местные анестетики; ДМСО)
- 1.2.3. Изменение характера вазоактивных местных реакций (локальное тепло — холод)
- 1.2.4. Снижение аксиальных нагрузок, иммобилизация двигательного звена (лечение положением, фиксация — стабилизация двигательных звеньев; ИМ)
- 1.2.5. Миорелаксация (медикаментозная; психотерапия; мануальная — Р, РД, ИМ)

Достижение эффекта
Общие профилактические мероприятия с учетом имеющейся предрасположенности к поражению двигательного звена

2. Второй этап — дифференцированная помощь (3—10 дней)

2.1. Борьба с болью:

- 2.1.1. Продолжение мероприятий по № 1.2.1.; 5
- 2.1.2. Снижение уровня активности центральных и периферических систем (антиконвульсанты; бета-блокаторы)
- 2.1.3. Активация афферентной импульсации от вышележащих двигательных звеньев (пассивная кинезитерапия; Р; С; М; Ш; В; РТ; Д)
- 2.1.4. Активация афферентной импульсации (синергические упражнения; БОС)
- 2.1.5. Активация эндогенных механизмов психической регуляции (формирование установки на выздоровление; эмоционально-стрессовый гипноз; суггестирующая инструкция; антидепрессанты)

Отсутствие эффекта

Хронизация процесса болезни

2.2. Улучшение функции двигательного звена:

- 2.2.1. Моделирование движения (воздействие на кожу области заинтересованного двигательного звена — Р; С)
- 2.2.2. Снижение аксиальных нагрузок (лечение положением, воздействие на суставные сочленения — В; Д; М; костно-сухожильные сочленения — Ш; ПМ; мышцы — Р, РД, В)
- 2.2.3. Активизация выше- и нижележащих двигательных звеньев — профилактика перегруженности других двигательных звеньев (пассивная кинезитерапия, управляемые движения, упражнения с разгрузкой, воздействия на суставные сочленения — М, В, Д, Р)
- 2.2.4. Улучшение сосудистого обеспечения двигательного звена (тепло, массаж)
- 2.2.5. Увеличение объема движений в заинтересованном звене — уменьшение контракции мышц (Р, С, ПИР, РД, Ш, ПМ)

Достижение эффекта

Вторичная профилактика патологического процесса

3. Третий этап (1—2 мес.)

3.1. Терапия хронической боли

- 3.1.1. Снижение аффективных реакций на боль (антидепрессанты, транквилизаторы; эмоционально-стрессовая аутогенная тренировка)
- 3.1.2. Активация центральных нейроэндокринных механизмов анальгезии (синтетические опиоиды, блокаторы серотонина и т. д.)
- 3.1.3. Повышение активности адаптивных процессов (адаптогены; стероиды; дыхательная гимнастика; эмоционально-волевой тренинг)
- 3.1.4. Реорганизация сенсорной системы (нейромоторное перевоспитание; проприоцептивное проторение; воздействие на кожу области двигательного звена — ПА)

Отсутствие эффекта

Инвалидизация — формирование нового двигательного стереотипа

3.2. Терапия нарушений целостности двигательного акта

- 3.2.1. Реорганизация моторной системы (обучение техники АР-АМ; воздействие на мышцы, связки, костно-сухожильные сочленения — Р, С, В, ПИР, ПМ, Ш)
- 3.2.2. Восстановление прежнего объема движений в пораженном звене (воздействие на суставные сочленения — М, В, МП, Р, Д)
- 3.2.3. Восстановление возможно полной целостности двигательного акта (обучение технике АР-АМ, ШД)
- 3.2.4. Восстановление целостности движения в пораженном звене, противоположной конечности (воздействие на мышцы, костно-сухожильные сочленения — С, РД, М, ПМ, Р, Д, ПИР)
- 3.2.5. Профилактика нарушений целостности всего локомоторного акта (воздействие на функциональные образования двигательного звена — Р, С, ПИР, БОС, Ш)

Достижение эффекта

Реадаптация — школа движения

4. Четвертый этап — поиск адекватной модели нового психомоторного поведенческого стереотипа

- 4.1. Обследование (ВТЭК?)
 - 4.1.1. Психологическое тестирование
 - 4.1.2. Альгологическое тестирование
 - 4.1.3. Мануальное тестирование
 - 4.1.4. Общеклиническое обследование состояния здоровья
 - 4.1.5. Функциональное обследование опорно-двигательного аппарата
 - 4.1.6. Определение прогноза
 - 4.1.7. Моделирование возможных изменений состояния здоровья

Используемые сокращения: ПА — перцептивная активация; Р — растяжение (skin-drag); С — смещение; РД — релаксация давлением; В — вибрация; ПМ — периостальный массаж; Ш — шиацу; М — мобилизация; ИМ — иммобилизация; МП — манипуляция; Д —

- 4.2. Выработка адекватного стереотипа поведения
 - 4.2.1. Отработка психического соответствия типа личности пациента и выбранной модели
 - 4.2.2. Коррекция двигательного стереотипа по соответствию выбранной модели
- 4.3. Симптоматическая терапия
- 4.4. Профилактические мероприятия
 - 4.4.1. Исключение — уменьшение травмирующего влияния сформированного двигательного стереотипа на сохранность условий привычного функционирования двигательных звеньев
 - 4.4.2. Исключение — уменьшение стрессогенности инвалидизации
 - 4.4.3. Профилактика вторичных нарушений, связанных с изменением стереотипа

дистракция; Р — ротация; ПИР — психометрическая релаксация; АР — ауторелаксация; АА — аутомобилизация; БОС — биологическая обратная связь; ШД — школа движения.

ское вмешательство нуждается в адекватном вербальном опосредовании.

В данном случае речь идет о необходимой суггестирующей инструкции, предваряющей любое действие терапевта, понятное пациенту и снимающее стрессовость самой процедуры. Этой же цели посвящена и деятельность по активизации эндогенных механизмов психической регуляции — формирование установки на выздоровление, психическую реадaptацию.

По сравнению с первым этапом возрастает значение терапии, направленной на улучшение функции двигательного звена, скорейшую реконвалесценцию. Приведенная последовательность отдельных направлений достаточно ярко иллюстрирует формирование паттерна физиологических реакций, начиная с кожной сенсорной зоны и кончая лечебными воздействиями на костно-суставные сочленения, суставы. Естественно, что указанные мероприятия могут быть сконцентрированы в одной процедуре, а продолжительность всего этапа будет регламентироваться количеством процедур, необходимых для достижения эффекта. Если же, несмотря на все усилия, улучшения не наступает, а срок со дня появления первых признаков нарушений исчисляется неделями, приходится констатировать хронизацию процесса болезни и переходить к третьему этапу, характеризующемуся поиском оптимального выхода из создавшейся ситуации. Действительно, именно на этом уровне приобретает особое значение адекватность предыдущих мероприятий, так как они могут идти и параллельно сапогенным реакциям, намечая направления последующих вмешательств, и своей неадекватностью вносить дезорганизацию в адаптивные процессы в организме. Вполне естественно, что продолжительность этого этапа более значительна, чем всех предыдущих, в связи с тем что все цели и действия требуют определенного времени, непосредственного, активного участия самого пациента в процессе лечения, нацеленности его на достижение успеха.

Отсутствие терапевтического эффекта и на этом этапе практически означает инвалидизацию пациента и, следовательно, приобретает особую актуальность повторное, достаточно подробное обследование, которое уже решает не столько вопросы диагностики патологии, сколько реальную оценку динамики адаптивных процессов в организме, произошедших под влиянием лечения,

степень потерь здоровья, трудоспособности, социальной независимости.

На четвертом этапе, сроки которого не могут быть определены по достаточно ясным причинам, врачебная помощь заключается в разработке более полной модели прогностических нарушений в системе человек — среда. Эта задача может решаться самыми различными способами, достаточно хорошо освещенными в отечественной и зарубежной литературе. Однако надо учитывать, что этот этап не означает терапевтической бездеятельности ни для пациента, ни для врача, но цели и действия во многом меняются. Учитывая, что хронизация процесса привела к таким стойким патологическим изменениям, которые и опосредовали инвалидизацию, активное вмешательство на заинтересованном двигательном звене теряет целесообразность. Терапия приобретает симптоматический характер, обеспечивая базу для проведения целенаправленных реабилитационно-профилактических мероприятий, среди которых особенно популярностью пользуются так называемые школы движения. Основная их цель — вернуть пациентам социальную активность, обеспечивая доступ к квалифицированной специализированной помощи по определению максимально адекватной компенсации утерянных функций путем их коррекции.

Этичность вторжения в сформировавшийся и закрепленный болезнью поведенческий стереотип, не соответствующий привычным нормам терапевтической логики, может вызывать определенные сомнения.

Как правило, адаптивные изменения в организме, наметившиеся еще в самом начале болезни, не ограничиваются только опорно-двигательным аппаратом, но затрагивают и нейроэндокринную сферу. Это означает, что последовательное подключение корректирующих мероприятий к процессу формирования правильной, нормальной биомеханической цепи обращено не только в связи с наличием функциональных дефектов двигательного аппарата, но и своей стрессогенностью последующего периода.

Таким образом, в школе движения работа ведется не в плане исправления моторного нервно-мышечного стереотипа, а в направлении намечавшихся и отчетливо сформировавшихся адаптивных изменений активации некоторых паттернов движения. Естественно, что сроки такой деятельности не могут быть твердо установлены.

...таны и зависят в большей степени от субъективных особенностей личности типа реагирования (активное сопротивление — капитуляция) и других психосоциальных реакций.

Основной концепцией, позволяющей проводить успешные корректирующие мероприятия, является представление о том, что любое действие происходит в пределах некоторого временного контингента, что требует сиюминутных коррекций. Все это возможно только при наличии активной совместной творческой деятельности врача и пациента. Каждое занятие в такой школе движения — это планомерная, но сжатая во времени отработка навыков, смоделированных врачом на основании индивидуальных возможностей пациента.

Таким образом, школа движения превращается в специфическую форму танцкласса, где есть педагог, моделирующий из отдельных охраняемых паттернов движений единую цепь адаптивно-охранного поведения в разных социобитовых условиях; и сам ученик, который в соответствии с рекомендациями и зеркальной обратной связью добивается отточенной привычности действий.

Одна из основных проблем в выборе направлений реабилитационных мероприятий состоит в учете физиологических механизмов естественного старения и соответствующей адекватности терапевтических воздействий. Несмотря на то что эта проблема является общей, т. е. относится к любому пациенту, нуждающемуся в реабилитации, для лиц, страдающих болями, она приобретает особое значение.

Длительность страдания, негативные эмоциональные реакции, модулированные генетическими и индивидуальными особенностями организма, возрастными психическими и эндокринными изменениями, прошлым опытом, памятью, приводят к тому, что из чисто соматического страдания формируется психосоматическая болезнь, требующая соответствующей базовой терапии, направленной на стабилизацию деятельности антистрессовых систем и достижение отчетливого седативного и антидепрессивного эффекта. Оформленность органических суставных нарушений, изменение периферических психических механизмов боли и связанные центральные нарушения приводит к тому, что привычные средства — анальгетики (антипиретики, нестероидные противовоспалительные препараты) оказываются малоэффективными, в то время как фармакологически активные соединения, действующие на медиаторные процессы (пирроксен, анаприлин, парлодел, перитол и др.), могут оказать отчетливое терапевтическое влияние.

Во-вторых, возрастные изменения гемодинамики приводят не только к недостаточности локального артериального обеспечения в области сустава и далее к сформированным дегенеративно-дистрофическим нарушениям в нем, но и к расстройству функционирования самих сосудов. Возрастное повышение артериального давления, по сути, адаптивной природы увеличивает скорость атеросклеротических процессов прежде всего в тех сосудах, которые уже претерпели жировое перерождение. Появление бляшек; увеличение их числа и размеров приводит к сужению артериальных сосудов. Неучтенное это и применение средств, направленных на увеличение вазодилатации (активные тепловые процедуры, мощные спазмолитические средства типа компамина, динифена), может привести к синдрому обратного суживания и в итоге к еще большему

ухудшению кровоснабжения. Альтернативной терапией, позволяющей учитывать сапегивирующие мероприятия и обходить описанные процессы, является применение капилляропротекторов, ангиооксидантов и веностимулирующих средств (производные флавоноидов — венорутон, рутин, троксевазин).

В-третьих, возрастная гиподинамия ставит свои вопросы в проблему реабилитации. Они касаются прежде всего поиска оптимального направления в выборе двигательного стереотипа. Не секрет, что в рутинной практике основные терапевтические действия рассчитаны на борьбу с болевым синдромом через и параллельно с расширением мобильности в пораженном суставе. На это ориентированы и разработанные рецепты медикаментозных и физиотерапевтических (в том числе и остеопатических и хиропрактических) воздействий. Однако, как это ни парадоксально, среди являющихся к ним отсутствует понятие адекватности психосоциальнофизиологическим особенностям возраста.

На данный аспект, по-видимому, необходимо обратить особенно пристальное внимание. Как уже говорилось ранее, основными причинами появления болей в суставах являются механические нагрузки и изменение химизма интрасуставных реакций. Исходя из этого можно полагать, что снижению аксиальной нагрузки, дистракция суставных поверхностей приводят к улучшению клинического состояния больных. Однако данное положение может оказаться правомерным только при условии сохранения в будущем прежней социальной и физической активности, гарантированной прогностической стабильности двигательного стереотипа.

Среди основных критериев соблюдения данного условия можно выделить общую продолжительность болезни, проводимого лечения, биологический возраст (сохранность активности адаптивных процессов), выраженность реакций физиологического старения, индивидуальный прогноз социальной защищенности. При условиях когда прогностическая эффективность терапевтических вмешательств чрезвычайно низка, что может объясняться слабостью адаптивных, регенераторных реакций, направлением и выраженностью естественных дегенеративно-дистрофических процессов, неадекватностью медикаментозных и физиотерапевтических коррекций, сохранение прежнего стереотипа перестает быть реальной возможностью. В этих обстоятельствах целесообразно обсуждение альтернативного направления терапии, заключающейся в стабилизации сустава, его терапевтическом анкилозировании. При этом надо учитывать и то, что стабилизация сустава автоматически обозначает и устранение основной причины болевой стимуляции.

С одной стороны, данное направление решает поставленные проблемы, но с другой — одновременно ставит целый ряд новых вопросов, актуальных и в психофизиологическом, и в социальном аспектах. Новая схема реабилитации в связи с исключением отдельного двигательного звена из кинематической системы конечности и всего опорно-двигательного аппарата ставит перед собой в основном реабилитационные и ресоциализационные задачи, особенность которых состоит в разработке нового двигательного стереотипа и отработке элементов самообслуживания на основе стойких органических нарушений, не поддающихся обратному развитию. Врожденное здесь: психическая готовность индивидуума к последующей жизни в новых условиях и готовность окружающего социума поддерживать индивидуума в этой новой жизни.

ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ

Иннервация тазобедренного сустава (артроостеома) осуществляется рядом нервов, ветви которых вместе с суставными ветвями от симпатических узлов, сплетений надкостницы и сосудистых нервных сплетений формируют широковетвистое первое сплетение фиброзной капсулы и связанное с ним соединительными ветвями сплетение в толще синовиальной мембраны.

Корешковая иннервация:

а) L3 — отростки и дужка III поясничного позвонка; центральная область подвздошной кости (верхняя граница проходит по линии, соединяющей верхний край крестцово-подвздошного сочленения и переднюю ость подвздошной кости, нижняя — по линии, проходящей через среднюю треть тазобедренного сустава); область передней поверхности тазобедренного сустава;

б) L4 — отростки и дужка IV поясничного позвонка; задняя поверхность седалищной кости; задневерхняя поверхность тазобедренного сустава;

в) L5 — отростки и дужка V поясничного позвонка; седалищный бугор; нижняя зона тазобедренного сустава;

г) S2 — поверхность II крестцового позвонка. Латеральный край задней поверхности крестца. Средняя треть крестцово-подвздошного сочленения. Медиальная область тазобедренного сустава.

Симпатическая иннервация через соединительные ветви:

а) брюшной (поясничной) части симпатического ствола (уровень L1—L5) — связь с чревным сплетением (I и II ганглии симпатического ствола, блуждающий нерв, диафрагмальный нерв, грудное аортальное сплетение, большой и малый внутрибрюшные нервы); отдаленная опосредованная связь с надпочечниковым, почечным, яичковым сплетениями (парными), печеночным, селезеночным, желудочным, поджелудочным, верхним и нижним бржеочными сплетениями;

б) верхнее подчревное сплетение (получающее ветви от нижнего бржеочного, брюшного аортального, чревного сплетений и веточки от нижних поясничных и первых крестцовых узлов обоих симпатических стволов). Из верхнего подчревного сплетения формируется подвздошное сплетение (окружает правую и левую подвздошные артерии и вены) и бедренные сплетения (окружает бедренную артерию);

в) крестцовые узлы симпатического ствола (через крестцовые внутренние нервы);

г) нижнее подчревное сплетение (через крестцовые внутрибрюшные нервы от 2—3 узлов крестцовой части симпатического ствола); тазовые внутрибрюшные нервы от 2, 3, 4 крестцовых нервов, в составе которых идут и парасимпатические волокна.

В иннервации тазобедренного сустава принимают участие нервы, формирующие поясничное сплетение (plexus lumbalis), в которое входят корешки L1—L4 и крестцовое сплетение (plexus sacralis), включающее корешки L4—S3.

Центральная иннервация:

а) бедренный нерв (корешки L2—L4) отдает мышечные ветви к сгибателям бедра, от которых отходят ветви к суставной капсуле тазобедренного сустава;

б) запирательный нерв (корешки L2—L4) отдает заднюю ветвь, которая, кроме иннервации

малого и большого аддукторов, следует к суставной капсуле тазобедренного сустава;

в) задние ветви крестцовых нервов (корешки S1—S5) отдают короткие тонкие медиальные ветви, которые, соединяясь между собой и с задней ветвью копчикового нерва (на дорсальной поверхности крестца), образуют сплетение, иннервирующее средние отделы капсулы сустава;

г) нижний ягодичный нерв (корешки L5—S2), разветвляясь в толще большой ягодичной мышцы, иннервирует ее и капсулу сустава;

д) суставная ветвь седалищного нерва (корешки L4—S3) — тонкий ствол, ветвящийся в капсуле тазобедренного сустава.

Иннервационное обеспечение мышц (мюотомы), входящих в двигательное звено тазобедренного сустава:

а) поясничное сплетение (plexus lumbalis):

— бедренный нерв — n. femoralis (L1—L3) — m. Psoas (флексия и наружная ротация в тазобедренном суставе);

— запирательный нерв — n. obturatorius (L2—L4) — m. pectineus (приведение бедра); m. adductor longus (приведение бедра); m. adductor magnus (приведение бедра); m. gracilis (приведение бедра); m. adductor brevis (приведение бедра); m. obturatorius ext. (приведение бедра);

б) крестцовое сплетение (plexus sacralis):

— верхний ягодичный нерв — n. gluteus sup. (L4—S1) — m. gluteus med. et min. (отведение и внутренняя ротация бедра); m. piriformis (отведение и внешняя ротация бедра);

— нижний ягодичный нерв — n. gluteus inf. (L4—S2) — m. obturatorius internus (наружная ротация бедра); m. gemelli (наружная ротация бедра); m. quadratus (наружная ротация бедра); m. gluteus max. (разгибание бедра в тазобедренном суставе).

КОЛЕНЫЙ СУСТАВ

Иннервация коленного сустава (артроостеома)

Корешковая иннервация:

а) L3 — отростки и дужка III поясничного позвонка. Центральная область подвздошной кости. Область передней поверхности тазобедренного сустава. Передневнутренняя поверхность бедренной кости и коленного сустава, надколенник;

б) L4 — отростки и дужка IV поясничного позвонка. Задневерхняя поверхность тазобедренного сустава. Задняя поверхность седалищной кости. Наружная поверхность бедренной кости в верхней трети, передняя поверхность в нижней трети бедренной кости. Переднемедиальная поверхность коленного сустава;

в) L5 — отростки и дужка V поясничного позвонка. Нижняя зона тазобедренного сустава. Седалищный бугор. Наружная поверхность бедренной кости. Наружная поверхность коленного сустава.

Симпатическая иннервация через соединительные ветви:

а) брюшной (поясничной) части симпатического ствола (уровень L1—L5) — непосредственная связь с чревным сплетением (I и II ганглии симпатического ствола, блуждающий нерв, диафрагмальный нерв, грудное аортальное сплетение, большой и малый внутрибрюшные нервы); отдаленная опосредованная связь с органами (пристеночными сплетениями) abdominalной полости;

б) верхнее подчревное сплетение (получающее ветви от нижнего бржеочного, брюшного аортального, чревного сплетений и веточки от нижних

вспомогательных и верхних крестцовых ганглиев обоих симпатических стволов). Из верхнего подчревного сплетения формируется подвздошное сплетение, окружающее правую и левую подвздошную артерию и вены, и бедренное сплетение, окружающее бедренную артерию.

В иннервации коленного сустава принимают участие нервы, входящие в поясничное сплетение (*plexus lumbalis*); корешки L1—L4 и крестцовое сплетение (*plexus sacralis*); корешки L4—S3.

Невральная иннервация:

а) бедренный нерв (корешки L2—L4) — кожный и мышечными ветвями, разветвляющимися в верхнелатеральном и верхнемедиальном передних участках коленного сустава и области большеберцовой бугристости;

б) запирательный нерв (корешки L2—L4) — передняя и задняя ветви разветвляются в верхнемедиальной, а иногда и в нижнемедиальной зоне сустава;

в) подкожный нерв нижней конечности, продолжающийся от бедренного нерва (корешки L2—L4) — иннервируют нижнемедиальный, а иногда и нижнелатеральный участки коленного сустава;

г) общий малоберцовый нерв (корешки L2—S2) — суставные ветви иннервируют проксимальное сочленение берцовых костей и латеральные отделы капсулы сустава;

д) большеберцовый нерв (корешки L4—S3) — мышечные ветви отдают стволки к задней стенке капсулы коленного сустава.

Иннервационное обеспечение мышц (мюотом), входящих в двигательное звено коленного сустава:

а) поясничное сплетение (*plexus lumbalis*):

— бедренный нерв — *n. femoralis* (L2—L4) — *m. sartorius* (сгибание и внутренняя ротация голени); *m. quadriceps femoralis* (разгибание ноги в коленном суставе);

б) крестцовое сплетение (*plexus sacralis*):

— верхний ягодичный нерв — *n. gluteus sup.* (L4—S1) — *m. tensor fasciae latae* (сгибание в колене, приведение и внутренняя ротация);

— седалищный нерв — *n. ischiadicus* (L4—S2) — *m. biceps femoris* (сгибание в колене); *m. semitendinosus* (сгибание в колене); *m. semimembranosus* (сгибание в колене).

ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ

Иннервация голеностопного сустава (артроотом)

Корешковая иннервация:

а) L4 — отростки и дужка IV поясничного позвонка. Задневерхняя, поверхность тазобедренного сустава. Задняя поверхность седалищной кости. Наружная поверхность бедренной кости в верхней трети, передняя поверхность в нижней трети. Переднемедиальная поверхность коленного сустава. Внутренняя и передневнутренняя поверхности большеберцовой кости, внутренняя зона тыльной поверхности стопы, включая голеностопный сустав.

б) L5 — отростки и дужка V поясничного позвонка. Нижняя зона тазобедренного сустава. Седалищный бугор. Наружная поверхность бедренной кости. Наружная поверхность коленного сустава. Малоберцовая кость. Тыльная и наружная поверхности голеностопного сустава, II—V плюсневые кости и одноименные фаланги.

в) S1 — верхний край крестца. Верхняя треть крестцово-подвздошного сочленения. Задняя поверхность берцовых костей. Подошвенная поверхность стопы (плюсневые кости и фаланги I—V пальцев).

Симпатическая иннервация через соединительные ветви:

а) крестцовых ганглиев симпатического ствола (через крестцовые внутренностные нервы);

б) нижнее подчревное сплетение (через крестцовые внутренностные нервы) от 2—3 узлов крестцовой части симпатического ствола; тазовые внутренностные нервы от 2, 3, 4 крестцовых нервов, в составе которых идут и парасимпатические волокна.

В иннервации голеностопного сустава принимают участие нервы, входящие в крестцовое сплетение (*plexus sacralis*), включающие корешки L4—S3.

Невральная иннервация:

а) глубокий малоберцовый нерв (из общего малоберцового нерва), отдающий мышечные ветви в области середины голени и суставную ветвь к капсуле сустава;

б) икроножный нерв (из большеберцового нерва) у заднего края латеральной лодыжки отдает суставные ветви к капсуле;

в) межкостный нерв (отходящий от большеберцового нерва) после выхода из толщи межкостной перепонки отдает ветви к надкостнице костей голени, дистальному сочленению берцовых костей и суставной капсуле голеностопного сустава.

Иннервационное обеспечение мышц (мюотом), входящих в двигательное звено голеностопного сустава:

— глубокий малоберцовый нерв — *n. peroneus prof.* (L4—L5) — *m. tibialis anterior* (боковое сгибание и супинация стопы); *m. extensor digitorum long.* (разгибание стопы и пальцев); *m. extensor digitorum brevis* (разгибание II—V пальцев); *m. extensor hallucis long.* (разгибание I пальца); *m. extensor hallucis brevis* (разгибание I пальца);

— поверхностный малоберцовый нерв — *n. peroneus super. fibularis* (L5—S1) — *m. m. peronei* (приподнимание и пронация внешнего контура стопы);

— икроножный нерв — *n. tibialis* (L5—S3) — *m. gastrocnemius* (сгибание пальцев стопы и супинация); *m. triceps surae* (сгибание пальцев стопы и супинация); *m. soleus* (сгибание пальцев стопы и супинация); *m. tibialis posterior* (супинация и сгибание пальцев стопы); *m. flexor digit. long.* (сгибание дистальных фаланг на II—V пальцах); *m. flexor hall. long.* (сгибание дистальной фаланги I пальца); *m. flexor digit. brev.* (сгибание средних фаланг II—V пальцев); *m. plantaris pedis* (разведение, сведение, сгибание проксимальных фаланг пальцев стопы).

Продолжаем публикацию глав из неопубликованной рукописи Леонида Ильича Красова (в литературной записи Аллы Ананьевны Зиновьевой), знакомого читателям «Твое здоровье» как автора

методики лечения и реабилитации спинальных больных (начало см. в № 2/92 и № 3/92 «Твое здоровье»).

Л. Красов

ПАЦИЕНТ С КАМЕЛИЯМИ

Прибытие паяца в город значит для здоровья его жителей больше, чем десятки нагруженных лекарствами мулов.

Т. Сидежам

Это произошло за несколько дней до моей травмы. Ночью прибежала мать моего товарища Леонида Коновалова и плача сообщила, что ее сыну очень плохо, но «скорую помощь» вызывать запретил, боится попасть в больницу. Я сразу понял, почему Леонид опасается этого — заместитель директора картины, он с группой мосфильмовцев должен был на днях улетать в Сочи на съемки фильма — больница парусала все планы, срывала его работу.

Больного я нашел в неважном состоянии — у него оказалась защемленная грыжа. Остаток ночи провел у его постели, ликвидировал опасность и пообещал, что поездки теперь уже не сорвутся. Друг был необыкновенно счастлив, что ему удалось избежать больницы. Он-то избегал, зато я ровно через пять дней стал пациентом Института имени Склифосовского. Какая проия судьбы — мы поменялись ролями. Теперь Леонид сидит у моей постели и всячески пытается ободрить. А однажды по совету врачей принес надувной матрац, который мы положили вместо обыкновенного.

Потом Леся уехал со своей киногруппой на юг, сказав, что будет звонить общим друзьям и спрашивать о моем состоянии. Прошло недель полторы. И вот как-то в один из серых февральских дней, лежа в своем углу, я вспомнил о Леониде. Представил, как чудесно сейчас на юге — солнце, зелень, тепло. Доведется ли мне еще когда-нибудь побывать там?

И вдруг вижу (я глазам своим просто не поверил) Леонида, входящего в палату. Галлюцинации, что ли, начались? Да нет, не похоже — идет ко мне самый настоящий Леся и в руках держит цветочный горшок с ослепительно белыми цветами.

— Привет тебе с юга привез, — улыбается друг и ставит на тумбочку свой чудесный дар, — только выкарабкивайся побыстрее.

Оказывается, Леонид прилетел на пару дней по делам и тут же ко мне. Стал расспрашивать, как себя чувствую, продвинулся ли вперед. Я огнивался ему о своих делах, а сам не мог оторвать глаз от чуда, поселившегося на моей тумбочке. Это были камелии — божественные, необыкновенные, прекрасные. Казалось, что они излучают свет, озаряя мой угол, отчего в нем сразу стало тепло и уютно.

Когда Леонид ушел, я полностью отдался созерцанию удивительных цветов. Не помню, кто сказал, что цветы — прекрасная, но бесполезная вещь, но теперь, что слова эти принадлежат су-

хому, немощному человеку. Как же может быть бесполезным то, что радует людей, повышает их настроение? То, что даже обреченного на смерть человека смогло так взволновать и заставить забыть о своей беде!..

Теперь, проснувшись, я бросал первый взгляд на цветок. И затем в течение дня общался с камелиями, без конца любовясь совершенством их линий, созданных самым искусным на свете художником — природой.

С появлением камелий я словно попал в хорошее благородное общество, дружески ко мне расположенное. Цветок этот, посланец из другого мира, сразу приобрел надо мной власть: он ослеплял своей красотой, завораживал, гипнотизировал и вселял уверенность. С первой же минуты между нами установилась какая-то внутренняя связь, и мы начали питать друг друга энергией, не давая один другому завянуть и погибнуть.

Отныне у меня появились обязанности перед своим новым другом. Утром я прежде всего интересовался его самочувствием, пристально оглядывая каждый лепесток. Скрупулезно следил за тем, чтобы камелии вовремя поливали, взрыхляли в горшке землю, удаляли засохшие и отжившие цветки.

Теперь, когда мне было уж очень тяжело, я цеплялся глазами за камелий как утопающий за соломинку и чувствовал, что сразу начинаю успокаиваться, отвлекаться от мрачных мыслей и болей. Удивительное дело, но боли действительно проходили, а может быть, я просто забывал о них, вступая в контакт со своим цветком.

О Генри, конечно, не придумал сюжет для своего рассказа «Последний лист», в котором оставшийся на дереве осенний листок стал стимулом к жизни умирающей девушки, помог ей одолеть смерть. И я тоже уверовал, что пока мой цветок жив, пока он радует меня своей красотой, я все выдержу и буду жить, несмотря ни на что. Не может умереть человек, у которого каждый день хорошее настроение.

О моем цветке очень скоро узнали в нашем отделении и больные, и медперсонал. Из других палат постоянно приходили посетители полюбоваться на камелии, и я был очень горд тем, что обладаю таким сокровищем.

В обществе камелий я находился до самого последнего дня пребывания в больнице, и все это время они не переставая цвели. Покидая больничные стены, я вручил судьбу своего друга милой доброй девушке, санитарке из нашего отделения. Она больше других оказывала камелиям внимание, особенно тщательно ухаживала за ними, и поэтому была счастлива, узнав, что не расстаюсь с любимым цветком.

Еще древние знали, что положительные эмоции

...здоровье человека. Об этом за последние десятилетия истории медицины писали и практикующие врачи, и знаменитые ученые. Однако ни эта тема, ни сама наука особенно ясное освещение в книге американского журналиста Гарриша Казинса «Анатомия болезни глазами пациента», автор которой сам вылечил себя от болезни Бехтерева с помощью, в частности, положительных эмоций.

И прочел эту книгу. Более чем через четверть века после моей травмы я подивился тому, как одинаково могут думать люди, живущие по разные стороны океана. В одно время (он заболел на год позже) страдали мы от своих недугов (правда, его позвоночник был цел), и оба пришли к твердому убеждению, что положительные эмоции могут спасти от самых тяжелых болезней.

И не раз еще буду вспоминать Казинса в своих записках, а сейчас хочу привести выдержку из его книги о роли положительных эмоций в борьбе с болью.

«Уже давно известно, — говорится в предисловии книги, — что эмоциональные состояния влияют на секрецию определенных гормонов, например гормонов щитовидной железы и надпочечников. Недавно было обнаружено, что мозг и гипофиз содержат неизвестный до сих пор класс гормонов, которые химически связаны и имеют общее название «эндорфины». Физическая активность некоторых эндорфинов в очень большой степени аналогична действию морфия, героина и других наркотических препаратов, облегчающих боль...»

Вот вам и ответ, почему в результате общения с камелиями, приносящего мне большую радость, значительно притуплялись мои боли, а порой и вовсе исчезали. За то время, что я лежал в больнице, и позже, когда уже лечил других, не раз убеждался в том, что положительные эмоции имеют огромную терапевтическую ценность.

Никогда не забуду одного из пациентов нашей палаты — молодого артиста, только что окончившего театральное училище. Это был поразительно талантливый человек в умении потешать людей. Как жаль, что он никогда не сможет выйти на эстраду — травма сильно изуродовала его лицо.

Едва появившись в палате, актер произвел столько веселого шума, что сразу поднял нам всем настроение. И теперь мы, удрученные своими недугами, только и ждали момента, когда он своими шутками отвлечет нас от печальных мыслей и заставит хоть на короткое время забыть о болезнях.

Как только заканчивался обход, артист тут же начинал свое доброе дело. Глядя на него и слушая его шутки, все заливалось безудержным смехом. Все, кроме меня, которому нельзя было смеяться: кашель, чихание, смех, вызывая сотрясение тела, отдавались резкой болью в поврежденном позвоночнике. Так что я всячески стал избегать подобных физиологических актов. Если першило в носу, спешил растереть переносицу. Ежедневно утром и вечером полоскал горло холодной водой, принимал воздушные ванны. Так что с кашлем и чиханием успешно справился. Но вот отказать от смеха не мог. Что же у меня тогда останется, если я лишусь и этого, последнего для себя, удовольствия? Поэтому я тоже смеялся над шутками артиста, но по-своему — сдержанно, издавая время от времени хрюкающие звуки. Но в конце концов тоже не выдерживал и начинал тряситься от смеха, подставляя под удар вырвавшийся позвоночник и обжигаясь от смеха. И наконец, когда не выдерживал, принимал лекарственную боль в спину.

Старался хоть как-то уменьшить сотрясение своего тела, я крепко обхватывал его руками и прижимал к кровати или умолял это сделать кого-нибудь из товарищей. Но, несмотря на такие муки, после каждого сеанса смеха ощущал заметный прилив сил. Норман Казинс, лечась смехом, не сделал никакого открытия. Он лишь использовал его в больших дозах, что и принесло заметные результаты.

Известный немецкий гигиенист Гуорленд утверждает, что из всех телесных движений смех есть самое здоровое: он оживляет кровообращение, активизирует обмен веществ и бодрит весь организм. При смехе упражняются все мышцы, и кровь быстро обогащается кислородом. Как подсчитали специалисты, за две минуты смеха кровь получает примерно столько же кислорода, сколько за восемнадцать минут свободного дыхания.

Смех — великолепное дыхательное упражнение, при котором происходит предварительный свободный выдох и задержка дыхания, что вызывает отток крови от мозга по венам. Потом следует целая серия небольших выдохов, в результате чего давление в области грудной клетки уменьшается — образовавшийся вакуум, как насос, вызывает энергичный приток крови. Вены зажимаются, а артерии гонят кровь в мозг, перенасыщая его, и питание клеток улучшается.

А еще смех напоминает прекрасное йоговское упражнение «Удияна» в положении лежа, которое укрепляет мускулы грудной клетки и живота, делает энергичный массаж внутренних органов и ликвидирует венозный застой в брюшной полости и малом тазе. Это, в свою очередь, благоприятствует пищеварению, улучшает работу почек и оживляет перистальтику кишечника, помогая при запорах как слабительное. Такова психофизиология смеха.

Думается, что в больнице, где люди много страдают, очень полезно заставлять их время от времени смеяться. Надо всячески поощрять юмор и шутку в лечебных заведениях. И как бы было хорошо, как важно для больных, если бы в каждую палату помещали по одному веселому человеку. Это намного сэкономило бы лекарства и ускорило выздоровление больных.

И снова не могу не вспомнить Нормана Казинса, лечившего себя с помощью смеха (он смотрел юмористические фильмы, которые присылал ему знакомый режиссер). «Я с радостью обнаружил, — пишет Казинс, — что десять минут безудержного смеха до колик дало анестезирующий эффект и возможность поспать два часа без боли. Когда болеутоляющий эффект смеха испарялся, мы снова включали кинопроектор...»

И далее: «У меня проверяли РОЭ прямо до «сеанса смеха» и через несколько часов после сеанса. Каждый раз цифра снижалась минимум на пять единиц. Само по себе падение было несущественным, но важно, что РОЭ продолжало падать и эффект накапливался».

Недавно я узнал о работающем в Москве врачепсихотерапевте Рахили Лазаревне Прагер, которая организовала в двух поликлиниках клубы здорового образа жизни. В ее комплексном методе лечения, куда входят и физические упражнения, и еще многое другое, большое место занимают музыка, танцы, творческое самовыражение пациентов (они рисуют, лепят, выжигают, конструируют одежду, выжигают по дереву, пишут стихи, причем большинство делает это все впервые в жизни), приносящие им много радости. Результаты получаются удивительные: у хроников излечиваются или становятся менее мучительными самые различные заболевания. «Доктор нас лечит 27.

говарят члены клуба — пациенты

...заставила меня на себе испытать, на-
...душевное состояние тяжелобольного от-
...от того, в котором пребывает здоровый
...человек. У больного ведь болит не только тело —
...кости, внутренние органы, нервы... Силь-
...рана нанесена его душе. Из той, здоро-
...здоровый человек попадает совсем в иную, на-
...полноценную болями, мучениями, огорчениями.
...чувствительность тяжелобольного сильно обостря-
...ется, все в его сознании, как правило, смещается,
...искажается, преувеличивается. Он повышенно
...раздражен, болезненно реагирует на каждую ме-
...лочь.

Столь высокая эмоциональная восприимчивость
объясняется тем, что все силы расходуются на
сопротивление болям, отчего нервы постоянно
взвинчены до предела. Мало того, лежащему боль-
ному надо без конца проходить через многие
унижения. Ведь он беспомощен, постоянно нуж-
дается в том, чтобы его обслуживали, а те, кто
это делает, не всегда обладают добротой и чутко-
стью. Грубость, душевная черствость, равнодушие
очень больно ранят беспомощного человека. Тя-
жело видеть, как некоторые медсестры и санитар-
ки не удерживаются от соблазна насладиться сво-
ей властью над лежащими больными.

В такой ситуации силы человека тратятся не
на борьбу с недугом, а на нервные срывы, злобу,
отчаяние. И насколько же быстрее идет восста-
новление больного, если он окружен заботой, если
те, кто ухаживает за ним, терпеливы, добры, оп-
тимистичны. Ибо добро людей, окружающих
больного, тут же находит в нем отклик, мобилизу-
ет скрытые резервы организма, которые активно
(и успешно) вступают в борьбу с недугом.

Мне как больному удалось испытать редкое
счастье — крепкую поддержку друзей, знакомых,
бывших пациентов, медсестер и санитаров боль-
ницы. Я помню всех, кто был около меня в тя-
желые дни и часы болезни. Кто-то пошел затем
со мной рядом и дальше по жизни, с кем-то пути
со временем разошлись, но забыть этих людей я
никогда уже не смогу. И сейчас, пользуясь слу-
чаем, хочу сказать всем, с кем свела меня судь-
ба: «Спасибо вам, дорогие мои, за великую добро-
ту. Будьте счастливы, прекрасные люди!»

СТРАШНО БЫТЬ БЕСПОМОЩНЫМ

Что ж, будем плакать...
Героям древности ведь тоже
плакать случалось.

Лафонтен

Сестра была молоденькой и миловидной, лет
17—18. Я ее видел впервые. Видимо, практикант-
ка из медицинского училища, расположенного на
институтской территории, студенты которого под-
рабатывали у нас ночными дежурствами.

В меру внимательные и чуткие к больным, они
старались добросовестно относиться к своим обя-
занностям. Порой, правда, им не хватало серьез-
ности, и от этого, конечно, в первую очередь
страдали больные.

Но встречались среди этих девушек и такие,
которым было просто противопоказано работать
в лечебном учреждении. Бездушные и черствые,
небритые и даже неряшливые. Подобные ра-
ботники неприятны в любом коллективе, но в
22 больнице они просто недопустимы.

И счастью, таких практикантов с подведенными
глазами, в которых не найдешь ни капли состра-
дания, было очень мало — единицы. Но мне из-
бежать их не удалось. Именно такой оказалась
и эта миловидная сестра.

Когда в моей системе для промывания мочево-
го пузыря кончился фурацилин, она поделалась
пойти за дезинфицирующим раствором, и, не дол-
го думая, собрала и слила в мою систему нестер-
ильный, предназначенный для наружного упот-
ребления. Естественно, на следующий день у ме-
ня начался великодушный цистит (воспаление
мочевых пузыря). Надо сказать, что это самое
грозное осложнение у парализованных больных:
микробы, попавшие извне в мочевой пузырь, мо-
гут ретроградно, по восходящим путям (мочеточ-
никам) попасть в почки, что приводит к разви-
тию пиелонефрита (воспалению почки и ее ло-
ханки) и, как следствие, его, почечной недоста-
точности.

Заболевшие почки перестают выполнять свою
очистительную функцию, и накопившиеся в орга-
низме вредные шлаки и ядовитые продукты жиз-
недеятельности органов и тканей приводят к уре-
мии (самоотравлению). От чего чаще всего и
погибают парализованные больные.

Вот почему в хирургии существует особенно
много формальностей, официальных инструкций,
правил, требующих неукоснительного выполнения
их врачами и медсестрами, предостерегающих
медиков от всевозможных ошибок, оплошностей
и небрежности в работе. А они, к сожалению, да-
леко не редкое явление служителей медицины
всех рангов. За долгие месяцы лежания в больни-
це я не раз становился жертвой такой небрежно-
сти медработников и об одном случае только
что рассказал. Но тот, о котором сейчас поведаю,
был особенно страшным.

Как обычно, перед сном, зашла дежурная сест-
ра, чтобы повернуть меня, протереть кожу спины
и ног камфорным спиртом, заменить влажную
простыню и уложить на ночь.

Но только она начала заниматься со мной, как
ее срочно вызвали в другую палату, куда при-
вели очередного тяжелобольного. Пообещав ско-
ро вернуться, она оставила меня лежать в не-
удобной позе и даже вихлях не выпрямила по-
ги и не накрыла их одеялом.

Скоро сестра не пришла, видно, захватила ее
другая, более неотложная работа, и я вынужден
был лежать и ждать ее. Неприятное положение
тела усилило боли, и они стали просто не-
выносимыми.

Потом начал пробираться холод — сестра броси-
ла меня обнаженным. Тщетно пытался я зацепить
палькой одеяло, чтобы натянуть его на себя, но
оно каждый раз соскальзывало и наконец совсем
свалилось на пол.

Поднять одеяло с пола мне было не под силу.
Кричать, звать кого-то я стеснялся, да и вряд ли
в коридоре меня услышали бы, а в палате все
больные были в таком тяжелом состоянии, что не
могли встать.

Бессильная злоба, досада, обида душили меня,
вызывая глухую ненависть ко всему живому. Из-
прости я вибрировал зубами в пальцы, чтобы не за-
кричать, не завывать от отчаяния. Меня еще никто
так не обижал, никогда в жизни я не чувствовал
себя так мерзко и униженно.

Во время своей неравной борьбы с одеялом я
совершенно забыл, что могу воспользоваться све-
товым сигналом. Уж на его-то призывы обяза-
тельно кто-нибудь реагирует. Теперь главное —
дотянуться до него. Но несколько сангитров,
отделявших меня от сцены, стали непреодоли-

Сестра, чтобы поправить матрац и за-
менить простыню, отодвинула меня на край кровати
и перевернула на спину, отчего я, как гигантская
веревка, опрокинувшись на свой панцирь, был аб-
солютно беспомощен: не мог самостоятельно пе-
ревернуться или сдвинуться с места хотя бы на
сантиметр — мешали парализованные ноги, тем
более что одна упала с кровати, а руками не за-
что было ухватиться.

Но надо было что-то предпринимать — в таком
положении долго лежать невозможно, и я, да-
вая всю свою силу оставшихся работоспособ-
ных мышц и превозмогая боль в спине, делал
отчаянные усилия, стараясь изменить положение
тела. Бесплезно — не было точки опоры, чтобы
перевернуть себя.

И долго корчился, извивался, как гусеница на
булавке, в поисках опоры, пока наконец ценой
невероятных усилий, уцепившись руками за
матрац и раскачав себя, перекатился со спины
на живот. Тут же возникли новые препятствия:
безжизненные ноги переплелись, как плети, та-
ким образом, что их, казалось, уже никогда не
распутать. Туловище при этом резко скрутилось
как раз в месте перелома. Боль в спине была
ужасной, словно кто-то пронзил меня длинными
гвоздями сразу в нескольких местах, и я потерял
сознание.

Прдя в себя, начал лихорадочно обдумывать,
что же делать дальше. Две сложнейшие задачи
стояли передо мной: дотянуться до кнопки звон-
ка и унять дикую боль. Приподнявшись на ру-
ках, я попробовал «распутать» ноги — новая
острая боль тотчас же опрокинула меня в исход-
ное положение. Высвободить одну ногу из-под
другой было невозможно. А ведь до цели всего
семь—девять сантиметров. Цену сантиметрам
(миллиметрам) в спорте я знал — они так про-
сто не даются, нужны немалые усилия. Но ока-
зывается, что бороться за сантиметры приходится
не только спортсменам.

Как же мне одолеть сейчас это ничтожное рас-
стояние? В институте на лекции по судебной ме-
дицине услышал о том, что парализованный боль-
ной может повеситься на собственной рубашке.
Помнится, я тогда даже заинтересовался, как
это сделать. И вот наступил момент, когда надо
было восстановить в памяти ту информацию. Нет,
я не собирался накидывать себе на шею петлю.
В своей застиранной и не очень прочной рубашке
видел я сейчас спасение.

Но прежде всего надо было снять ее, и я начал
яростно стягивать, срывать с себя рубашку, изо-
драв ее основательно.

Скатав в жгут, стал забрасывать один рукав за
спинку кровати. Недолет! Еще недолет! Только
на седьмой или восьмой раз удалось. С немель-
шим трудом, раскачав кровать, поймал рукав и
стал подтягивать себя. Но тут мое приспособле-
ние не выдержало и лопнуло. Пришлось начи-
нать все сначала.

Однако за прошедшие мгновения я сумел нако-
пить кое-какой опыт, и дела мои пошли быстрее.
Связав оба рукава и мобилизовав всю волю, я
спокойно, без рывков, соблюдая осторожность,
принялся преодолевать эти десять сантиметров.
Ну вот пальцы уперлись в пластмассовую гильзу
с кнопкой для вызова. Наконец-то! И тут гильза
вдруг выскользнула из пальцев и отскочила в сто-
рону. С ожесточенным упорством я напрягся для
нового рывка — во что бы то ни стало мне надо
дотянуться, достать.

Но прошло не менее часа, пока я кое-как под-
катал к себе гильзу с кнопкой. Наконец она в

моей руке. И тут, о ужас, я вспомнил, что элек-
трический сигнал уже два дня не работает.

Чуть не задохнувшись от бессильной ярости, я
зарычал, завыл, закричал, давая выход своему
бешенству. Бой закончился, я выиграл его и тут
же проиграл. Вконец истерзанный и изнеможенный,
в полубморочном состоянии я лежал не шеве-
лясь, слушая шум пульсирующей в висках крови.
Кто-то из больных не выдержал и, с трудом под-
нявшись с койки, кое-как двинулся к дверям за
подмогой.

Когда ко мне подошли дежурный врач, сестра
и санитар, я был на грани помешательства. Они
начали успокаивать меня и приводить в чувство.
Но я никак не мог успокоиться и согреться под
одеялом, озноб сотрясал меня, и казалось, что
конца ему никогда не будет.

Только через час или два я успокоился, со сто-
роны взглянул на себя и впервые по-настоящему
осознал весь ужас своего положения. «Ты ведь
абсолютно беспомощен, Красов, словно грудное
дитя, — сказал я сам себе. — Вся твоя жизнь
зависит от других людей, их доброты, внимания,
участия. Но многие ли имеют эти качества? Сре-
ди окружающих тебя, в том числе и лечащих,
есть и глупые, и равнодушные, и невниматель-
ные, и ты уже не раз успел пострадать от них». И
тут больше не в силах сдерживаться, я разра-
зился рыданиями. Никогда в жизни не случалось
мне плакать так безутешно, отчаянно и горько.
То были слезы горя, обиды, тоски и бесконечной
усталости. Плача, я думал о том, до какого уни-
жения и позора довела меня болезнь. Как тяжело
и стыдно молодому мужчине быть игрушкой в
чьих-то руках, полностью зависеть от всех и каж-
дого.

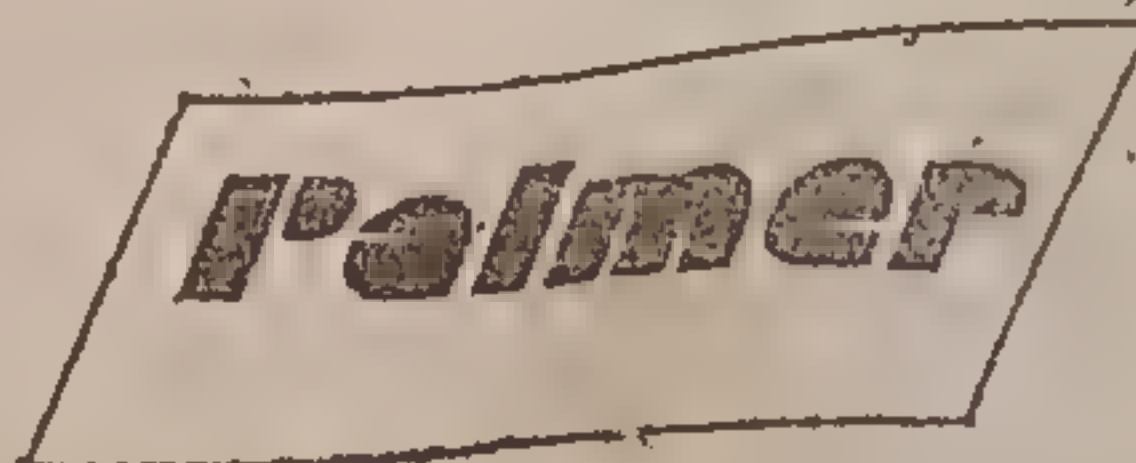
Наверное, в тот раз я выплакал сразу все свои
слезы, потому что ничего подобного со мной боль-
ше не повторялось, хотя причин для того, чтобы
заплакать, было в моей жизни еще немало.

Тот тяжелый случай сыграл и свою положи-
тельную роль — он влил в меня новые силы, за-
ставил работать еще настойчивее. Быть беспро-
мощным очень страшно. Я должен был сделать
все для того, чтобы вернуть себе как можно боль-
ше самостоятельности, чтобы быть меньше зави-
симым от чьей-либо помощи. Я не хотел больше
плакать от бессилия.

(Продолжение следует)

КОРПОРАЦИЯ

НВР
НБР



НОВЫЙ БИЗНЕС РУССКИ

ЗАЯВКА на публикацию авторских произведений		Иллюстрированный журнал «АРТ-ПАНОРАМА»	
Ф.И.О. _____			
адрес _____		Год рождения _____	
№	название произведения	размер	техника: _____
1			
2			
3			
Количество экземпляров журнала, которое вы хотели бы получить _____			
Р/с № 468029 в Русском национальном банке, ЦУ ЦБ РСФСР 161667. МФО 201791. МП «БЮРО "АРС"» для «АРТ-ПАНОРАМЫ».			

«АРТ-ПАНОРАМА» — ежеквартальный общетематический иллюстрированный журнал на русском и английском языках. Это 450 цветных и черно-белых иллюстраций с авторскими произведениями. Сотрудничая с журналом, вы найдете своего арт-материала, критика, менеджера.

См. оборот

ГММШ «АЛЬМЕД»

Предлагает услуги:
в области ТЕРАПИИ, ХИРУРГИИ, НЕВРОПАТОЛОГИИ,
ДЕРМАТОЛОГИИ, ЛОР-болезней, болезней ГЛАЗ, УРОЛО-
ГИЧЕСКИХ и ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ заболеваний, СТОМА-
ТОЛОГИИ.

Работает ПЕДИАТР, АЛЛЕРГОЛОГ, ДИЕТОЛОГ.
Использование ЛАЗЕРА при лечении ГИНЕКОЛОГИЧЕ-
СКИХ, ЛОР и НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ болезней.

ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ,
МАССАЖ.

Врач ЭНДОКРИНОЛОГ, врач ОНКОЛОГ.
МАНИПУЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ.

ПРЕРЫВАНИЕ нежелательной БЕРЕМЕННОСТИ, УСТА-
НОВКА СПИРАЛЕЙ.

Ведет прием врач КОСМЕТОЛОГ.

Услуги по ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА, РЕ-
КОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИКЕ ФОРМЫ ГРУДИ.

Оригинальная методика лечения ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СО-
СУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (облитерирующий эн-
дартериит), лечение ПСОРИАЗА, ПАРОДОНТОЗА.

Лечение ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
(нарушение сна, аппетита, снятие психоэмоционального
стресса, синдрома предменструального напряжения), СЕ-
МЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ, ИЗБАВЛЕНИЕ от вредных
привычек (АЛКОГОЛЬ, КУРЕНИЕ).

Консультации и лечение НАРКОЛОГА, СЕКСОПАТО-
ЛОГА.

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ, ЭЛЕКТРОПУНКТУРА, ВЫ-
ЯВЛЕНИЕ начала болезней на ранней стадии ПО РАДУЖ-
НОЙ ОБОЛОЧКЕ ГЛАЗ.

ДОКТОР медицинских наук врач ФИТОТЕРАПЕВТ.

Возможен ВЫЗОВ ВРАЧА указанных специальностей на
ДОМ.

АЛЬМЕД заключает договоры на полное и частичное ме-
дицинское обслуживание с предприятиями любой формы
собственности.

АЛЬМЕД предлагает врачам ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТ,
универсальный набор для иглорефлексотерапевтов и отдель-
ные комплектующие (иглы, полиципы сигары, приборы и
принадлежности).

АДРЕС: г. Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 24,
корп. 2, ст. метро «Московские ворота».

ТЕЛЕФОН для записи: 245-25-66, 153-73-61 с 14⁰⁰—19⁰⁰.

Полоса подготовлена рекламным агентством А/О «МНФ»
Тел (812) 312-39-06
314-78-93

Принимаются только авторские произведения: скульптура, керамика, изделия из металла, дерева, фотографии, образцы мебели, текстиля, интерьеров, архитектурные проекты, объекты, малой и средней тиражной формы, образцы парадно-прикладного искусства.

ЗАПОЛНИТЕ, ВЫРЕЖЬТЕ И ВЫСЫЛАЙТЕ

НАШ
АДРЕС:



117331, Москва, ул. Марии Ульяновой, 16, стр.1.
«БЮРО "АРС"» для «АРТ-ПАНОРАМЫ».

Телефон 241-82-53

Вложить в конверт:

1. Заявку, заполненную автором.
2. Фоторепродукции работ: фотографии цветные и черно-белые, слайды 6x6 см, проявленную фотоленку.

Размер поля в журнале для публикации 1 работы - 6x6 см.

В каждом номере журнала мы можем поместить не более 3 работ одного автора.

Публикацию оплачивает автор.

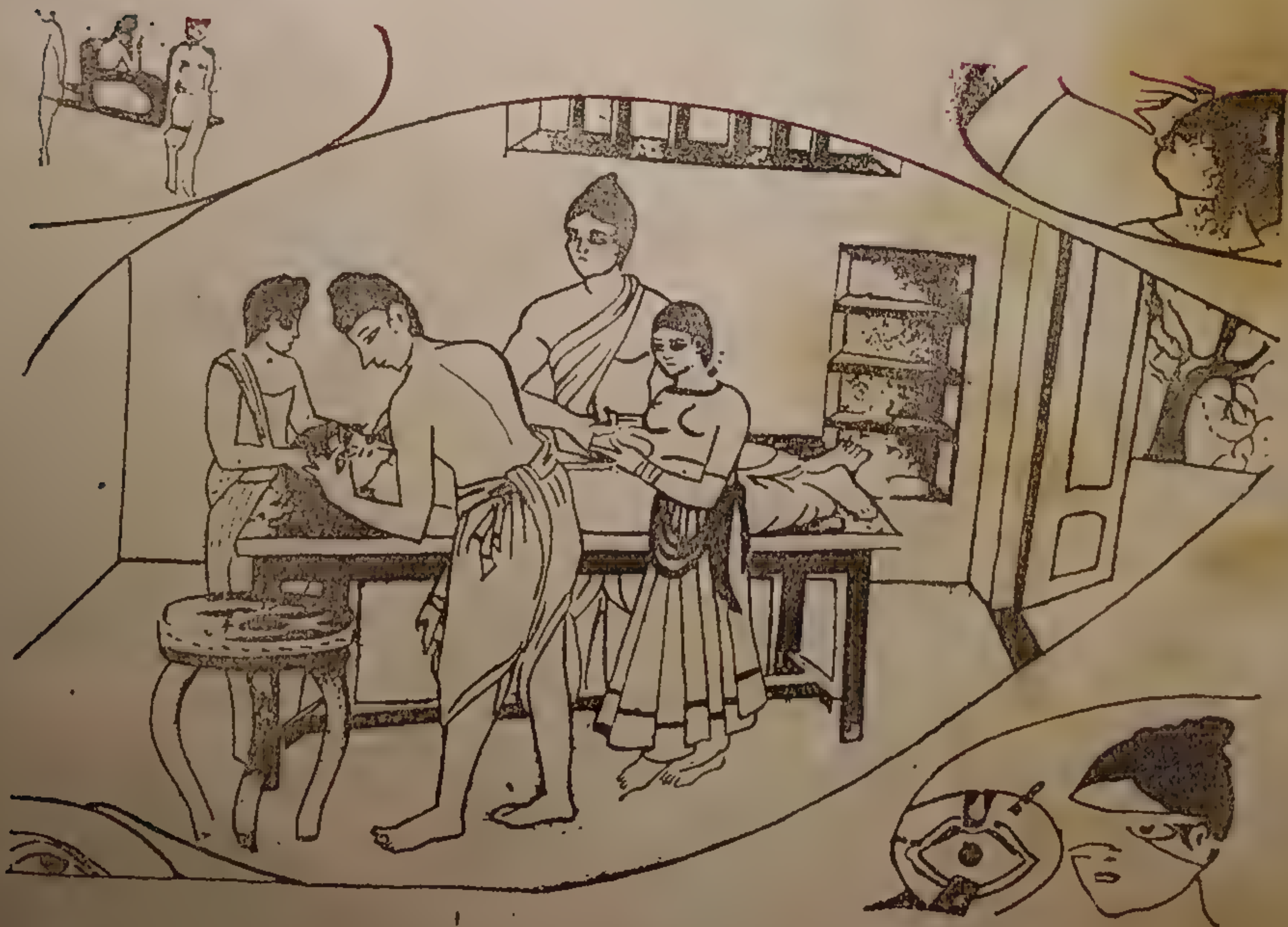
Оплата производится из расчета:

1 черно-белая репродукция - 150 руб.

1 цветная репродукция - 250 руб.

После извещения
о принятии работы
к публикации

Р/с № 468029 в Русском национальном банке, ГУ ЦБ РСФСР 161667. МФО 201791.
МП «БЮРО "АРС"» для «АРТ-ПАНОРАМЫ».



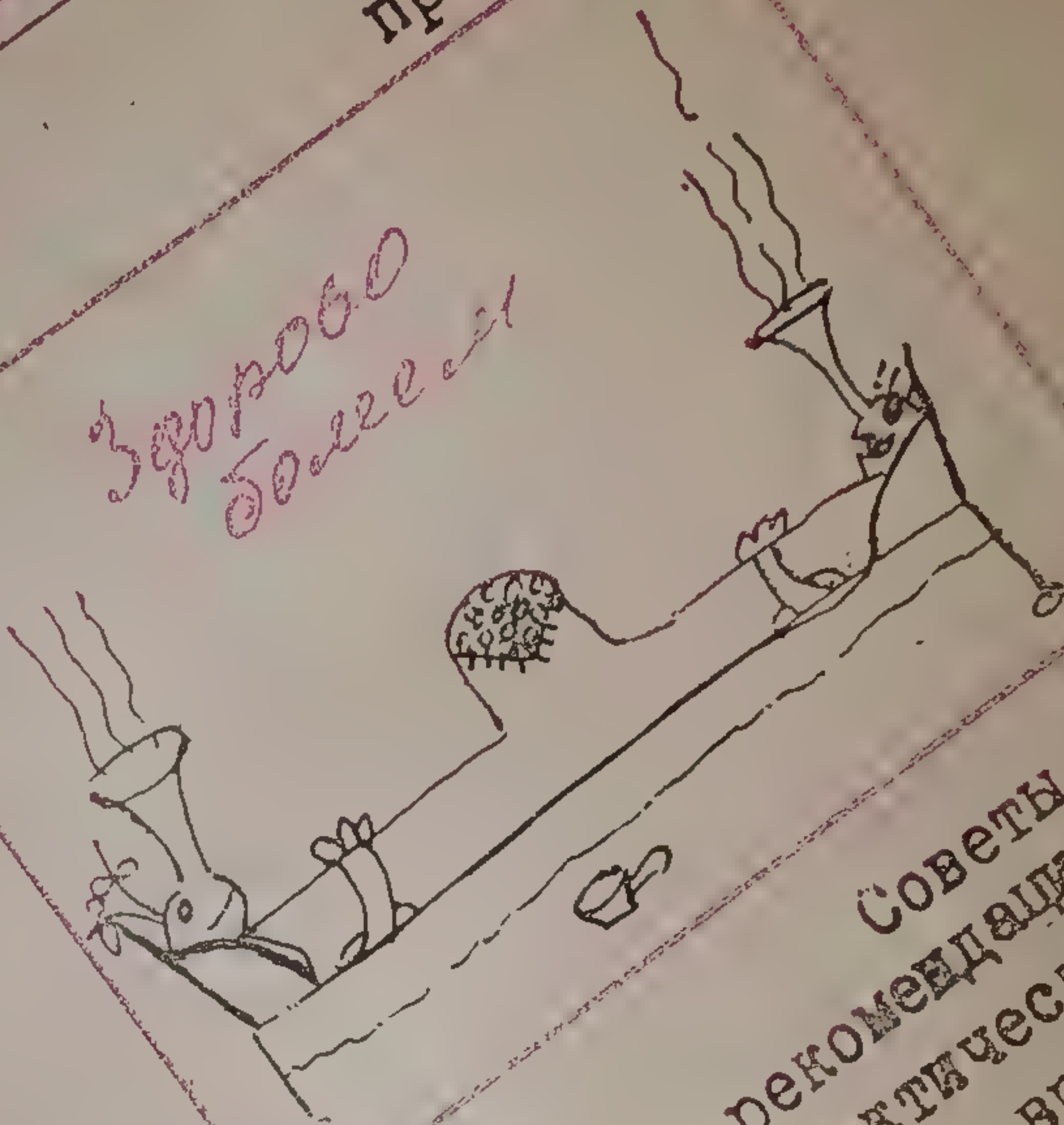
3/91
Март

ТВОЕ ЗАОПОРОВЬЕ

Болезни:
течение, прогноз
предупреждение

Беседы
с учеными-
медиками

Здорово
Болезни



Советы
и рекомендации
практических
врачей

ПОДПИСНОЕ ИЗДАНИЕ

Цена 50 коп.
Подписной индекс 70063

ПРОГНОЗ НА АПРЕЛЬ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 1, 4, 5, 9, 13, 19, 26, 30
Дни благоприятные 3, 6, 7, 11, 12, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 29
Дни повышенной конфликтности 2, 8, 10, 14, 15, 20, 21, 28

Влияние на вашу волевою сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жизни 3, 4, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 19, 30
Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 1, 5, 7, 13, 15, 18, 20, 25, 26, 27, 28
Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 2, 6, 8, 14, 21, 22, 23, 24, 29

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 5, 10, 17, 18, 22, 28
Дни меньшей продуктивности мышления 4, 8, 9, 14, 20, 23, 26, 27

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 7, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 30
Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 1, 4, 5, 13, 14, 15, 20, 27
Дни повышенного травматизма 2, 3, 9, 16, 26, 28, 29

Б. В. В. В. В. В.

РАК И ПРЕДРАК
О МАНИПУЛЯЦИИ СОЗНАНИЕМ
ГОЛОД И АППЕТИТ

Издательство
"Знание"

ББК 51.1(2)2
Т 27

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

Что значит лечить человека? (Беседа с доктором
Гриценко п психологом К. Г. Зазыкиным) (3)

Стратегия профилактики

И БЕРЕЗИН. Что надо знать о раке п его преду-
преждепц. Как быть с опасностью рака молоч-
ной железы. Почему мы бодем раком. Принципы
предупреждения (7)
РАМАЧАРАКА. Голод п аппетит. Послоение
праны из пищи. О пище. (Перевод йога Рама-
вантаты) (20)

Проблемы народной медицины

А. БЕЛИК. Измененные состояния сознания п
психотерапия. Часть II (25)

Отвечаем на Ваши письма

Менструация: физиология п... пародные при-
меты (31)

Прогноз «Твое здоровье»

М. ЛЕВИН, Т. МИТЯЕВА. Апрель (1). Май
(19)

Редактор В. ГОРШКОВ

© Издательство «Знание»,
«Твое здоровье», 1991 г.

ISBN 5-07-001812-4

Т 27 Твое здоровье (Выпуск III). — М.: Знание,
1991. — 32 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здо-
ровье»; № 3).

ISBN 5-07-001812-4

50 к.

Основу выпуска составляют научно популярное очерки
профессора И. П. Березина о раке п его предупреждении,
статья специалиста по проблемам народной медицины
А. А. Велика «Измененные состояния сознания п психотера-
пия. Часть II». В рубриках — беседа с доктором Голдберг п
психологом В. Г. Зазыкиным, публикация йога Рамачарака,
прогнозы М. Левина п Т. Митяевой. Даны советы п рекомен-
дации.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4107010000

ББК 51.1(2)2

На первой стороне обложки п в тексте:
рисунки Павла Филипповского

Научно-популярное издание

Художественный редактор К. Вечерин
Технический редактор Н. Клецкая
Мл. редакторы Е. Гродко, Л. Щербакова
Корректор В. Гуляева

ИБ № 11389

Стано в набор 25.02.91. Подписано к печати 14.03.91.
Формат бумаги 60X84. Бумага газетная. Гарнитура «Один-
порочная». Печать высокая. Усл. печ. л. 4,00. Усл. кр.-отт. 6,00.
Уч.-изд. л. 4,96. Тираж 2654251 экз. Заказ 7061.
Цена 50 коп. Издательство «Знание». 101835. ГСП, Москва,
Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 916303.

2-3-й завод по 500 000 экз. (500 001 — 1 500 000 экз.).

Типография ордена Трудового Красного Знамени издательства о-
но полиграфического объединения ЦК ВЛКСМ «Молодая гвардия».
Адрес ШПО 103030, Москва, Сушевская, 21.

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

В нашей прошлогодней публикации о методе доктора Гриценко [Твое здоровье, № 10/90] мы коснулись взаимоотношений психического и телесного (соматического) в состоянии больного человека. Обсуждению этой темы и посвящена предлагаемая читателю беседа корреспондента Любы Мартиросян с автором метода Анатолием Григорьевичем ГРИЦЕНКО и кандидатом психологических наук Владимиром Георгиевичем ЗА-ЗЫКИНЫМ

ЧТО ЗНАЧИТ ЛЕЧИТЬ ЧЕЛОВЕКА

Корр. В прошлой нашей беседе на тему «Лечить больного, а не болезнь» было сказано, что психику больного во многом определяет соматика, т. е. телесные проявления его болезни, недуга. Что конкретно имеется в виду и как это знание используется в практике лечения?

В. Г. Если рассматривать состояние больного человека с психологической точки зрения, по отношению к нему болезнь выступает как экстремальный фактор. Психологическое воздействие этого фактора практически однозначно: вызывает неблагоприятные психические состояния, сложные, негативные, такие, как эмоциональная напряженность, стресс, психическое утомление.

Речь идет о возможности воздействия на неблагоприятные психические состояния, об особенностях психологии личности больного. Приведу простейший пример: приходит к нам больной радикулитом. Казалось бы, нет причин для изменения личности? Ничего подобного, характерное для болезни состояние постоянного стресса во многом сказывается на психических процессах и функциях.

В свое время, когда я руководил лабораторией, мы экспериментально показали, что именно происходит с испытуемыми в экстремальных условиях, вызывающих состояние сильного стресса. Изменяются пространственно-временные характеристики восприятия: испытуемому кажется, что время тянется слишком медленно либо летит слишком быстро; а небольшие расстояния (до 5—6 метров) оцениваются на глаз с ошибкой в 1,5—2 раза. Изменяется и восприятие человеческих эмоций, а следовательно, оценка поведения людей: спокойное, сосредоточенное состояние человека может восприниматься испытуемым как равнодушие к нему, отчужденность, а улыбка — как усмешка.

Таким образом, состояние высокой психической напряженности, сильной тревожности изменяет эталоны пространственно-временных характеристик, хранящихся в памяти, способствует сбоем в психологических механизмах сравнения при восприятии. Такие негативные психологические состояния влияют на системы отношений человека. Можно вспомнить о явлении «упрека и зависти к чужому здоровью» среди раненых в госпитале, реалистично описанном Л. Н. Толстым в романе «Война и мир».

Длительное господство (доминирование) таких состояний оказывает сильное влияние и на характер больного человека, деформирует его психику. А это не может не отразиться на отношениях больного с окружающими и рикошетом на его судьбе. Недаром говорят: посеешь привычку — пожнешь характер, а посеешь характер — пожнешь судьбу. Привычка в данном случае вызывается негативным психологическим состоянием.

Корр. Нередко из-за деформированной психики больного возникают конфликты в семье. Больной человек выносит свои комплексы на близких, а те часто отвечают нетерпимостью, не чутки. Нужно обладать большой культурой и тактом, чтобы должным образом вести себя в общении с больным. Человеку, не просвещенному в вопросах психической «деформации», трудно выявить ее самостоятельно.

В. Г. Безусловно, у больного с длящимся стрессом изменяется система его отношений и в семейной, и в общественной жизни — мы имеем дело с человеком, в известной степени отчужденным от общества. Поэтому для меня как психолога, работающего с практическими врачами, важно, чтобы человека не только вылечили. Ему надо вернуть нормальную психику.

А. Г. Да. При лечении необходимо не только устранять причину и следствия заболевания, но и преодолеть, компенсировать негативные психические состояния, так как они могут усугублять патологические изменения, а также способствовать возникновению и других заболеваний. Мы компенсируем способами внешней регуляции (управления) и способами внутренней регуляции — саморегуляции (самоуправления).

В этом смысле метод коррекции и восстановления сегментарной иннервации — наш основной метод лечения — выступает как способ внешней регуляции. И действительно, имеются объективные данные, свидетельствующие о том, что метод этот не только способствует излечению, но и очень быстро изменяет доминирующие негативные психические состояния больных. Отдавая должное эффективности метода лечения и в качестве способа внешней регуляции психических состояний, следует подчеркнуть, что, являясь необходимым фактором, он в ряде случаев оказывается недостаточным для восстановления исходного нормального психического состояния.

В. Г. Я поясню. Дело в том, что психическое состояние больных определяется не только болезнетворными факторами, но и различного рода психологическими установками, в том числе и социального происхождения, такими, как вера в спасительность метода лечения, высокий авторитет врача и т. д. Но иногда психологические установки имеют и негативное влияние. Так, нами были зафиксированы случаи, когда после полного излечения методом коррекции, при отсутствии субъективных и объективных симптомов имевшегося заболевания, у выздоровевших людей сохранялась достаточно высокая тревожность, да и показатели самочувствия, настроения и активности были весьма средними. В чем здесь дело?

Оказывается, в сложившейся системе стереотипов, крайне негативных, сформировавшихся у людей в условиях нашей социальной действительности, быстрое излечение вызывает определенный комплекс опасений: «А вдруг это просто временное улучшение состояния здоровья!» Или же: «А вдруг просто сняли боль, а не вылечили!» И вообще, «как это так — страдал годы, а вылечили за две недели!». Такие типичные высказывания тех, у кого имелись стереотипные представления о характере и длительности излечения хронических заболеваний.

А. Г. Некоторым просто не под силу переход от тяжелейшего периода переживания внутреннего напряжения, чувства обреченности и, если хотите, сознания собственной неполноценности к нормальному состоянию и нормальной жизни. Такое возвращение, по сути возрождение, оказывается тогда не менее тя-

желым, чем сама болезнь. И благородная задача врача, психолога и психотерапевта — подхватить здесь больного, не дать ему оступиться, вывести его из состояния депрессии, а это значит довести лечение до конца — до выздоровления.

В. Г. Конечно, существование такого комплекса опасений у больного может стать неким тормозом в успешном лечении, даже источником новых заболеваний. Часты случаи, когда больной, излечившись от болезни, впадает в депрессивное состояние, и ему нужна психологическая коррекция. Так вырисовывается определенная цепочка в нашей работе с лечащими врачами: наряду с внешней регуляцией необходима саморегуляция — внутренняя регуляция, дополняющая основной метод лечения.

В идеале нам это представляется так: больной, переступив порог Центра, попадает к психологу, который его тестирует и формирует затем положительную установку на лечение. При этом он должен довести до лечащего врача ценную информацию о том, как у данного больного будет изменяться психическое состояние, какие у него могут возникнуть ощущения, есть ли опасения, что возникнут неадекватные реакции на лечение, выздоровление. Этим мы включаем так называемый внутренний психологический контур регуляции (что пытается делать, например, Кашпировский).

После беседы психолога с больным, формирования установки лечащий врач получает не только подготовленного пациента, но и возможность индивидуального подхода к нему. Благодаря полной психологической информации о нем врач знает, как вести себя с данным больным: одному приятно, когда встречаются с улыбкой, как старого знакомого, беседуют с ним, с другим же бывает результативнее вести себя по привычной ему схеме: «Раздевайтесь, ложитесь!» Затем начинается лечение методом Гриценко, после чего психолог дает заключение, нужен ли больному психотерапевт, который снимет систему «негативов», поможет корректировать взаимоотношения с окружающими.

Пройдя эти три этапа лечения, человек полностью излечивается, вновь становится полноценным членом общества.

А. Г. Мы можем открыть вам небольшой секрет. Существует, скажем так, эталон выздоровления. В моей практике встречались случаи, когда равнодушно и привычно воспринимавший красоту цветов человек смотрел на них совершенно другими глазами после курса лечения, полного выздоровления. Возвращается способность и глубоко скрытая потребность воспринимать красоту.

Корр. Кому принадлежит в данном случае идея трехэтапного лечения пациента? В чем же заключается психологическая «обработка» пациента перед лечением?

В. Г. Идея принадлежит Анатолию Григорьевичу. Психолог призван снять с больного стресс до лечения. В этом случае, по нашим наблюдениям, выздоровление наступает значительно быстрее. Очень часто у человека возникает стрессовое состояние не столько от боли, сколько от неопределенности, столь характерной для советских людей: тревоги за «завтрашний» день, неуверенности в нем.

Важны для оценки определенные личностные характеристики. Многое зависит, например, и от темперамента: меланхолика лечить гораздо труднее, чем сангвиника. Что уж говорить о сложных случаях, по-

граничных между меланхоликом и холериком состояниях, — это тяжелые, очень мнительные, бурно реагирующие на все пациенты. А когда Гриценко «бьет» его по спине кулаком, такой больной способен воспринять это как оскорбление, если не провести предварительную психологическую коррекцию.

Традиционно используемый для диагностики (и оценки) клинический метод не лишен ряда существенных недостатков, хотя и позволяет во многих случаях классифицировать психические состояния на основе данных непосредственного наблюдения, анамнеза и жалоб больных. Главный недостаток — высокая зависимость результатов от таких субъективных сторон обследования, как психологическая расположенность пациента, желание и умение больного изложить свои жалобы, наконец, квалификация врача, его наблюдательность, умение построить беседу с пациентом. Далеко не всегда удается правильно оценить состояние пациента при первом осмотре.

Особенно снижается надежность и сопоставимость результатов клинического метода в случае «стертых», атипичных состояний. Вот почему мы проводим психологическое тестирование больных, причем до и после лечения методом коррекции сегментарной иннервации (метод Гриценко). В качестве тестов применяются дифференциальные опросники: субъективной оценки самочувствия, активности и настроения — САН [15 шкал, 135 градаций], а также шкала субъективной тревожности Спилберга — Ханина [20 оценок, 80 градаций]. Применение большего числа тестов хотя и повышает информативность диагностики состояний, однако, увеличивая время самого тестирования, негативно отражается на пациенте.

Тестирование проводится с использованием компьютерной системы психологической диагностики. Поэтому для определения психологического состояния пациента и составления схемы психологической установки достаточно всего 10 минут (для научных целей — до 5 часов). Привлекают нас известные в практике тесты, прежде всего использующие схему «да — нет». Например, это выбор цветовых картинок, а также тест-рисунок по сюжетному заданию — нарисовать, скажем, несуществующее в природе животное. Ведь по рисунку больного человека можно судить о проявлениях, источниках его психического состояния, о некоторых личностных чертах.

Итак, вначале цветовой тест, по которому определяется эмоциональное состояние, выявляются источники тревоги, актуальные проблемы личности больного. Далее, тест по методике М. З. Дукаревич (рисунок). Третий тест — на уровень тревожности (шкала тревожности) и шкала самочувствия, активности и настроения. По этим трем тестам и определяется состояние больного. Сейчас мы дополнительно вводим опросник темперамента, а также тесты, которые помогут нам в научно-исследовательской работе, в частности, требуются данные о личностных характеристиках больного.

А. Г. Наша коррекция личностных характеристик открывает новые возможности для использования метода КСИ (метода коррекции сегментарной иннервации). Результаты ошеломляющие, и мы готовим интересный научный материал о взаимозависимости соматики и психики больного. Руководит этой темой Владимир Георгиевич, тесты проводятся по принятой классической схеме.

В. Г. Вот недавно пришлось нам столкнуться с про-

Помогая диагностику у врачей-наркологов, которые определяют степень наркотизации, как выяснилось, по внешним признакам, таким, как, например, тоска, печаль. Спрашиваем, как они дифференцируют тоску и печаль, ведь сделать это по внешним признакам невозможно: представьте, что к ним попадает холерик или меланхолик, у которых проявления тоски и печали различны. Так невозможно определить тип темперамента, и валят всех в одну «кучу».

По поводу психологической установки! Перед психологом ставится создать больному установку, а именно — предрасположить его определенным образом адекватно реагировать на процесс лечения. В этом случае включается внутренний контур регуляции, о котором говорилось выше. Положительная психологическая установка может быть сформирована различными способами, например, ознакомлением пациента со статистическими данными излечения с помощью метода КСИ, снятием болевых ощущений или наглядным изменением некоторых симптомов болезни после первого лечебного воздействия, наконец, психотерапевтическим воздействием. Это происходит перед лечением.

Необходимо также объяснять больному динамику его излечения — в плане самочувствия, активности и настроения. И мы уже говорили о том, что внутренняя регуляция может быть необходима в процессе лечения и после него. Используемая нами с этой целью произвольная саморегуляция (ПСР), как и установка на излечение, — звенья разработанной у нас системы психологической адаптации, применяемой при лечении методом Гриценко.

Произвольная саморегуляция реализуется через определенные психологические способы самовоздействия, такие, как волевая саморегуляция; самовнушение, самоубеждение; невербальное самовоздействие (различные формы представления и воображения, сенсорная и эмоциональная репродукция, идеомоторика).

Корр. Не могли бы вы остановиться на этом подробнее?

В. Г. Психологические способы самовоздействия могут реализовываться как в обычном бодрствующем состоянии, так и на фоне особого психофизиологического состояния (релаксации). Существует немало экспериментальных исследований, в которых была доказана эффективность ПСР для снятия эмоциональной напряженности, стресса, правда, у практически здоровых людей. Напомним, что ПСР — не самостоятельное звено лечения, а лишь дополнение к методу КСИ.

Успешность произвольной саморегуляции зависит от различных факторов: индивидуально-типологических и личностных особенностей больных, способностей к саморегуляции и рефлексии, уровня активации и др. Но пожалуй, самым важным является организация ПСР как специфической деятельности. Необходимо сформировать у больного образ (представление) потребного (идеального) состояния, кроме того, осуществление ПСР требует соответствующего уровня субъективного отражения своего состояния и изменений.

Практика нашей работы показывает, что весьма полезным приемом в ПСР является визуализация динамики изменения основных показателей состояния при лечении (например, показателей САН и уровня тревожности) или показателей лабораторного исследования (например, количество сахара в крови при сахарном диабете). В этом случае образ потребного психического состояния существенно уточняется, по-

является возможность прогнозировать (экстраполировать по данным САН) время его появления, процесс произвольной саморегуляции становится целенаправленным и осуществляется более эффективно.

Подобный методический прием нами применялся ранее для повышения уровня саморегуляции при компенсации такого негативного психологического состояния, как сенсомоторная монотония. Практика свидетельствует о возможности его применения и для компенсации эмоционального стресса у больных при их лечении.

Формирование положительной психологической установки на излечение, включение в лечебный процесс произвольной саморегуляции у больных могут осуществляться при целенаправленном психотерапевтическом воздействии с применением отмеченных методических приемов. В связи с этим представляется необходимым включение в технологическую цепочку лечения методом КСИ контура психологической коррекции и адаптации с соответствующими психотерапевтическими воздействиями.

Создание положительной психологической установки, включение целенаправленной произвольной саморегуляции возможны при сугубо индивидуальном подходе к больному, определении его так называемого психологического статуса (т. е. мотивов, желаемых целей, источников тревоги, актуальных проблем и т. д.). Определение психологического статуса весьма эффективно осуществляется при использовании в процессе психологической диагностики цветового теста М. Люшера и опросника Айзенка.

Опросник Айзенка позволяет определить степень эмоциональной устойчивости, тип темперамента, экстраверсию-интроверсию. Характерно, что для многих больных, проходящих лечение в Центре, имеет место выраженность невротизма (сильной эмоциональной нестабильности). Цветовой тест Люшера дает важную информацию о некоторых личностных чертах больного, направленности активности, источниках тревоги, выраженности психических состояний.

Для первичных больных характерны сильные опасения, неопределенность целей, дисфорические формы реагирования, стремление к покою, избеганию волнений, требующих мобилизации сил. Многие из них склонны действовать осторожно, тщательно контролируя реакции окружающих, хотят заслужить одобрение и особое внимание со стороны врачей. Часто встречается астенизация. У больных сильна неуверенность, занижена самооценка, эгоцентричность и обидчивость. Источники тревоги вполне понятны, часто они принимают форму фрустраций.

Подобная информация о больном (естественно, более полная при тестировании) может стать хорошей основой для психотерапевтической помощи.

Интересно отметить, что при излечении цветовые предпочтения существенно меняются у большинства пациентов. В частности, на первых четырех позициях чаще всего встречаются так называемые активные цвета — красный, зеленый, желтый, что свидетельствует о нормализации психического состояния (аутогенная норма).

У женщин состояние принимает некую романтическую окраску, на передний план выходят чувственность, склонность к симбиотическим связям и т. п. Повышается и эмоциональная стабильность, несколько возрастают показатели экстраверсии. Эти данные говорят о глубоких изменениях, происходящих на си-

станком уроню при применении метода коррекции сегментарной иннервации.

В процессе психологического тестирования встречаются и неординарные случаи. Так, больная М., длительное время страдающая тяжелыми заболеваниями, вдруг при тестировании показала результаты, более характерные для космонавта в период подготовки к полету. Оказалось, что она несколько лет мечтала попасть на лечение к А. Г. Гриценко, наконец ее мечта осуществилась и она находилась в состоянии эйфории. В дальнейшем выяснилось, что она с повышенной внушаемостью, впечатлительна, эмоциональна. Поэтому данные психологического тестирования должны сопровождаться и контролироваться психологом или психотерапевтом.

Корр. В принципе, по вашему мнению, при каждом враче должен быть психолог?

В. Г. Практически осуществимое обучение приемам психологического тестирования и установки самого лечащего врача. Он должен быть еще и психологом практически.

А. Г. После «официальной встречи» — тестирования, которое мы проводим с помощью компьютера, мы даем установку и врачу, с тем чтобы он подошел к больному строго индивидуально. Скажем, кто-то боится боли и не может обойтись без анестезии, а другой без нее прекрасно справляется. Конечно, врач должен быть и психологом, но пока такое заявление вызывает усмешку.

В. Г. Прежде чем передать больного врачу для прохождения курса лечения, мне приходится составлять для него схемы, в которых выделяются те или иные психологические моменты, которые важно учесть при лечении. К примеру, выделяю такие качества, как замкнутость, сосредоточенность в себе, мнительность и др. Поэтому врач встречает пациента как родного, четко представляя себе, как с ним надо работать психологически. В процессе лечения врач должен сам определить, нуждается ли больной в психокоррекции, а в случае необходимости направить пациента к нашим психотерапевтам. Я обучаю врачей психодиагностике в рамках нашей системы — тестированию, а также приемам психокоррекции.

Корр. А можно ли научить эмоциональной теплоте и обаянию?

В. Г. Конечно. Проведя тесты на степень обаяния, можно дать врачу рекомендации, следуя которым он в состоянии стать более обаятельным.

Встречается обаяние, которое в народе называют изюминкой в человеке, а есть обаяние, которому можно обучить. К обаятельному человеку больше доверия и больше симпатии, к нему с удовольствием идут люди, перед ним охотнее раскрываются, быстрее дают информацию о своем психологическом состоянии. Вот и процесс излечения протекает быстрее и легче.

Эмоциональная теплота — это и манера поведения, например, интонационная характеристика голоса. Встречали вы священника с «металлическим» голосом? Нет, и не встретите. Имеется определенный спектр звучания, который считается эмоционально теплым, так воспринимается.

Обаятельным должен быть человек любой профессии, имеющий дело с людьми, но что касается врачей и психологов, это особый случай, тут без обаяния не обойтись. Структура обаяния включает в себя многие компоненты. Прежде всего неординарная внешность. Вспомним, как выглядят популярные телевизионные

ведущие, дикторы. Второе условие — психологическая защищенность. Обаятельный человек, как правило, никогда не тушует, находит выход в любой ситуации общения, быстро находит оригинальный ответ. Третье условие — чувство юмора.

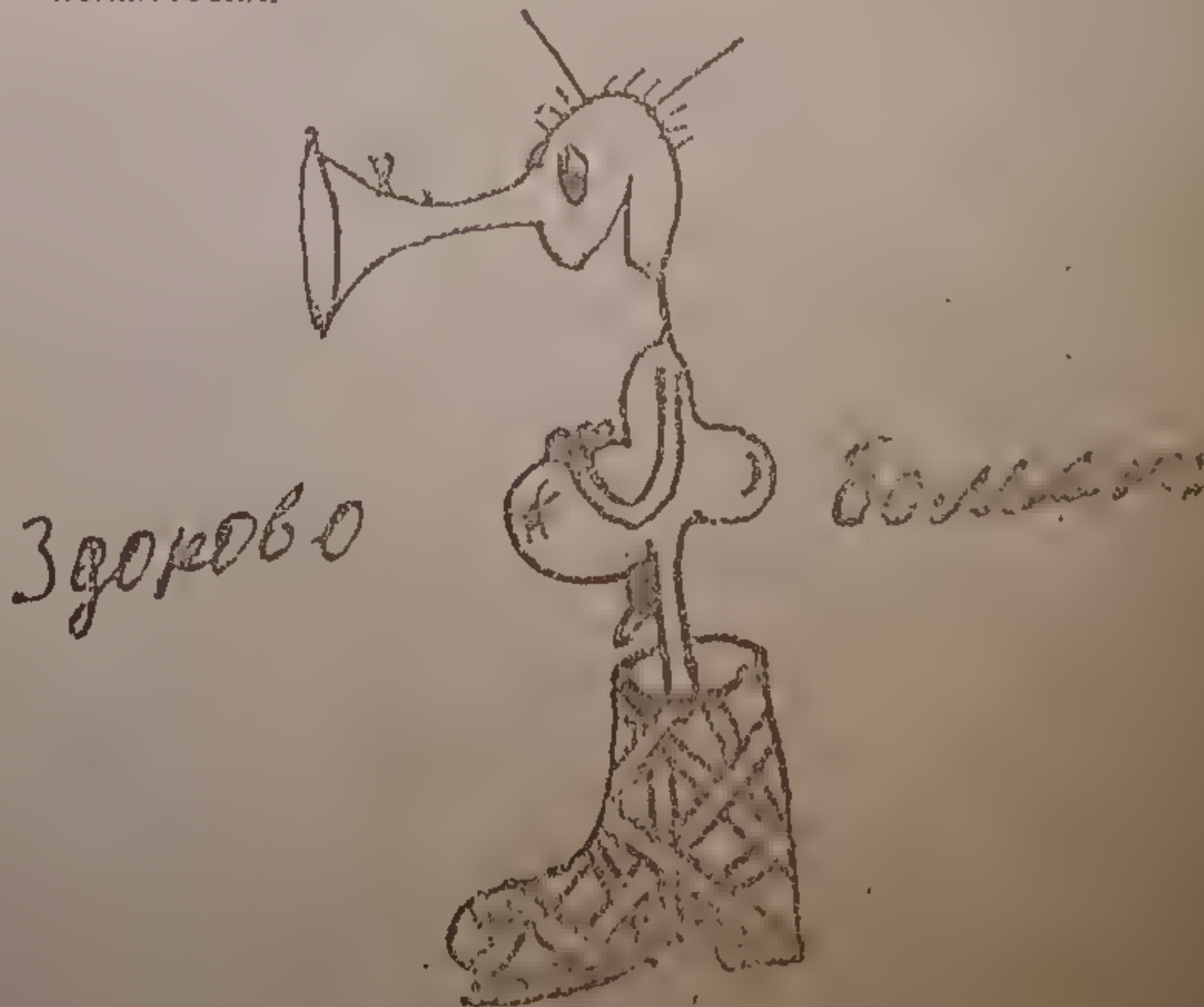
Условие четвертое: стиль коммуникативного поведения. Обратите внимание, вот мы сидим сейчас, оба придвинувшись к столу, а не развалились в кресле, и во многом это сказывается в слаженности нашей беседы. Соответствующая поза непременно располагает больного к врачу. Большую роль в коммуникабельности играет улыбка, она не может не вызвать доброго расположения. Условие пятое: интонационные характеристики голоса, помогающие привлечь внимание, заинтересовать.

Здесь хотелось отметить и то обстоятельство, что врач должен обладать эмпатией — способностью сопереживания. В этом его высшее предназначение. А ведь часто конкретные условия профессиональной деятельности деформируют личность. Например, учитель рискует стать поучающим. Появляется как следствие отчужденность, препятствующая контакту. У психологов чувство эмпатии обострено, тогда как у врачей, к сожалению, оно часто отсутствует. Хотелось бы, чтобы и у врачей оно было активно включено в общение с пациентом.

А. Г. Такое общение со многим обеспечивает положительный эффект лечения. Лично я стараюсь создать достаточно интимную обстановку, вне зависимости от личности больного. Ведь врач должен не только преодолевать и побеждать боль вместе с больным, но и уметь радоваться вместе с ним этой победе.

При нормальном человеческом контакте лучше проходит не только лечение, но и восстановление в последующий период. Между врачом и больным не должно быть большой дистанции, такое неприятное чувство у больного вызывает равнодушие врача, любой пациент испытывает острую потребность в сострадании к нему. Больной с первой минуты общения с врачом должен почувствовать его сопереживание, участие, а если добавить к этому высокий профессионализм, контакт устанавливается мгновенно.

Больной не будет меньше уважать сострадающего врача. Уважение и благодарность к врачу приходят не за счет пьедестала почета, но даются собственной эмоциональной теплотой, мастерством и знаниями. И когда после такого лечения больной попадает далее к психотерапевту в нашей технологической цепочке, он становится полностью излеченным — соматически и психически.



Профессор И. П. БЕРЕЗИН

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О РАКЕ И ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ

Онкологические заболевания в особенности нуждаются в ранней диагностике. Такие понятия, как предопухолевое состояние и ранний рак, возникли именно в результате клинической практики, а своевременное выявление предопухолевых изменений позволяет прогнозировать и с определенной долей вероятности предсказывать ход дальнейших событий в развитии заболевания.

Что же скрыто от непосвященного за этими медицинскими терминами? О каких конкретно изменениях идет речь и следует ли думать об обреченности в каждом из таких случаев?

Различают (с патогенетической точки зрения) четыре последовательные фазы ранней онкологической патологии, причем I и II фазы относятся к предопухолевому состоянию, а III и IV фазы — к раннему раку:

I фаза — предболезнь (синонимы: предрасположенность к раку, потенциальный рак, раковый диатез, канкрофилия, опухолевая информация);

II фаза — предрак (факультативный, облигатный);

III фаза — прединвазионный рак (синонимы: латентный рак, внутриэпителиальный рак);

IV фаза — ранний инвазионный рак.

Как говорят медики, «каждый рак имеет свой предрак, но не каждый предрак переходит в рак» (Л. М. Шабад, 1976). И в этом заключении есть известный оптимизм, который, безусловно, должен подкрепляться предупредительными мерами, системой профилактических мероприятий. Между тем предраковые изменения встречаются чаще, чем раковые опухоли. Дело в том, что рак развивается на подготовленной предшествующими различными заболеваниями почве и, как правило, не развивается в полноценно функционирующих здоровых органах и тканях. Предопухолевый процесс, называемый также «предрак», и есть тот фон, на котором может возникнуть рак.

Это, конечно, не значит, что на таком фоне обязательно должен развиваться рак, хотя вероятность какая-то при известных условиях существует. Кроме того, на фоне одних предопухолевых состояний рак развивается чаще, а на фоне других — реже. И не надо забывать, что состояние здоровья каждого человека всегда индивидуально.

ЛИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Предопухолевые заболевания кожи. К ним относятся старческие кератозы — поражения кожи в виде ороговевших плотных папул или бляшек, болезнь Боуэна — образования бледно-красного цвета нередко приводят к образованию кожного рака, более часто к новообразованиям ведут хронические язвы, туберкулезные и сифилитические поражения кожи. Упорно незаживающие язвы (эрозии) шейки матки, ангиомы и рубцы также относят к предраковым заболеваниям.

Опасны в тех случаях, когда подвергаются травмированию (трение одеждой, расчесывание) родимые (пигментные) пятна, бородавки, так как всякая травма может вызвать рост родимого пят-

на и превращение его в злокачественную опухоль. Опасны и требуют лечения лейкоплакии — белые бляшки, встречающиеся на коже и на слизистых оболочках (представляющие собой ограниченные участки утолщенного, ороговевшего эпителия с белой, иногда блестящей поверхностью), длительно существующие свищи, неус.

К предопухолевым заболеваниям относятся пигментная кератодерма («сухая кожа»), встречающаяся редко, кожный рог, полипы, представляющие собой разрастание ткани (чаще эпителиально-мышечной) в различных органах — в желудке, матке, в толстой и прямой кишке, в носовых ходах, наконец, папилломы — ограниченные разрастания на коже и слизистых оболочках гортани, мочевого пузыря, на коже наружных половых органов у женщин. Наиболее опасны папилломы мочевого пузыря.

Опасны профессиональные заболевания кожи, такие, как мышьяковистый дерматит, «парафиновый» рак, дегтярные дерматиты, лучевое повреждение кожи.

Доброкачественные опухоли могут превращаться в злокачественные (одни чаще других), и своевременное распознавание и радикальное лечение предраковых процессов предотвращает развитие злокачественной опухоли. Что касается профилактических мероприятий, лицам, страдающим предопухолевыми заболеваниями кожи, прежде всего следует избегать чрезмерного облучения солнечными лучами.

В рамках ЦСКИП (целостной системы комплексной индивидуальной профилактики) можно рекомендовать:

укрепление защитных сил организма, общего иммунитета;

гипокалорийная диета, не способствующая образованию опухолей;

устранение из пищевого рациона продуктов и готовых блюд, потенциально канцерогенных (жаренного на масле при температуре выше 200°С, избыток острых приправ и пряностей);

пища с большим количеством растительной клетчатки;

устранение переедания чего бы то ни было, борьба с вредными привычками — курением и употреблением алкоголя;

включение в рацион достаточного количества аскорбиновой кислоты (витамина С), так как она стимулирует образование в тканях защитных веществ (например, интерферона).

При старческих кератозах рекомендуется тщательный уход за кожей: смазывать увлажняющими кремами атрофически сухую кожу, жирную кожу несколько раз в день мыть теплой водой, чтобы удалить салыные наслоения, а вместе с тем раздражающие и засоряющие кожу частицы и вещества.

Эти меры касаются основного этапа, а на подготовительном в каждом отдельном случае выходят на первый план либо терапевтический, либо хирургический методы (например, в случае кож-

того рода, болезни Боуэна, кератодермии пигментной и др.), проведение операций может быть безосновательным. Что касается заключительного этапа, мероприятия могут быть растянуты на неопределенное время, пока не будет окончательно устранена возможность возникновения рака.

Предопухолевые заболевания нижней губы чаще всего возникают у курящих. На красной кайме нижней губы появляются шероховатые роговые выступы или поверхностные язвочки, сухость покровов слизистой оболочки, упорно не заживающие трещины, лейкоплакии (белые пятна) и, наконец, папилломы и бородавчатые разрастания — ороговевающие бородавки. В целях предупреждения развития рака нижней губы указанные предопухолевые образования ни в коем случае нельзя лечить прижиганием, мазями, нельзя применять никакие «домашние» средства. В этих случаях совершенно обязательно прекратить курение, провести тщательную санацию рта.

К предопухолевым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся длительно незаживающие язвочки, трещины, эдаины, образующиеся главным образом на боковом крае языка или на слизистой оболочке щек на уровне смыкания зубов. Курение, употребление паса или бетеля, как и сифилис, способствуют возникновению предопухолевых заболеваний полости рта.

Предопухолевые заболевания гортани — это длительно существующие папилломы, лейкоплакии, дискератозы слизистой оболочки и не поддающиеся консервативному лечению хронические процессы, вызванные сифилисом, алкоголизмом, курением.

Задачи и тактика профилактики та же, что и вышеописанная, относится к следующим патологическим состояниям: хронический фарингит и ларингит; фиброма гортани, папиллома гортани, аденома гортани.

Предраковые заболевания легких и плевры: хронические, часто повторяющиеся пневмонии, абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь, пневмосклероз.

Рак легкого, возникая и развиваясь на заранее подготовленной «почве», относится к числу таких опухолей, относительно которых вопросы профилактики уже более или менее ясны. В развитии опухоли большую роль играет загрязнение вдыхаемого воздуха механическими и химическими примесями. Поэтому профилактика должна основываться на устранении из жизни человека этих вредных факторов. Одним из путей предупреждения заболеваемости раком легкого является борьба с курением. Вот почему профилактика рака легкого сводится к предупреждению и лечению хронических неспецифических заболеваний легких, устранению профессиональных вредностей, запыленности рабочих помещений, температурных колебаний, а также к борьбе с курением.

К предопухолевым заболеваниям пищевода относятся полипы и рубцы после ожогов. Полипы могут быть удалены с помощью специального инструмента — эзофагоскопа. При рубцах на стенке пищевода чрезвычайно важно соблюдать жидкую диету, не употреблять слишком горячую или очень холодную пищу, не курить, не пить.

Задачи, стоящие перед ЦСКИП в отношении аденоматозных полипов, рубцов, после ожога, лейкоплакии, пептической язвы в зрелом и пожилом возрасте, атрофического и гипертрофического эзофагита:

избавление от вредного воздействия курения и жевания табака с различными примесями;

избавление от вредного влияния алкоголя, особенно спирто-водочного;

консервативное и хирургическое лечение предраковых заболеваний;

предупреждение ожогов, механических и химических раздражений слизистой пищевода.

Предопухолевые заболевания желудка — это локальный хронический атрофический гастрит, канцерная язва и полипоз. Далеко не всегда они приводят к раку, даже в тех случаях, когда не проводится лечение и заболевание прогрессирует. Трудно предвидеть, при каких условиях то или иное предраковое заболевание желудка перейдет в злокачественную опухоль, и рациональное лечение больных, страдающих этими заболеваниями, в настоящее время является лучшим средством предупреждения рака желудка. Следует учесть, что особое значение имеет лечение анацидного гастрита, полипозной болезни желудка.

При полипозной болезни, а часто при канцерной язве желудка, показано оперативное лечение (резекция желудка). Что касается больных хроническим атрофическим гастритом, то им назначается консервативное лечение с обязательным соблюдением ритма питания и диеты. Больные хроникой должны находиться под диспансерным наблюдением и проходить обследование не реже двух раз в год.

Задачи, стоящие перед ЦСКИП в отношении профилактики предраковых состояний желудка: борьба с курением, алкоголизмом, перекуляемостью в питании;

с раздражением слизистой оболочки желудка специями, с потреблением горячей пищи;

предупреждение и лечение (терапевтическими и хирургическими методами) хронических гастритов — гиперацидных и анацидных, язвы и полипов (полипозов) желудка.

Предраковые заболевания толстой и прямой кишки.

Задачи, стоящие перед ЦСКИП (первичная профилактика):

профилактика застоя каловых масс и хронических запоров (пища, богатая растительной клетчаткой);

профилактика и лечение (терапевтическими и хирургическими методами) предраковых заболеваний толстой и прямой кишки;

включение в рацион питания значительного количества пищевых волокон.

Предраковые заболевания прямой и ободочной кишок представляют воспалительный процесс или доброкачественные опухоли. Среди них следует прежде всего назвать полипы — доброкачественные опухоли прямой и ободочной кишок. Эти небольшого размера (от 2—3 мм до 1 см в диаметре) округлые образования сами по себе безобасны, однако способность их превращаться в рак известна. Связь между полипами и раком толстой кишки в настоящее время считается доказанной. Лечение полипов заключается в их удалении.

Но вот вопрос, откуда и почему возникают полипы? Учеными установлено, что возникают они при длительно существующем воспалительном процессе в кишечнике.

Среди доброкачественных опухолей всех отделов толстой кишки нередко встречаются своеобразные опухоли с выраженной склонностью к быстрому росту. Называются они ворсинчатыми и чаще они встречаются в прямой кишке. Однако они могут находиться и в различных отделах ободочной. Классическим проявлением ворсинчатой опухоли является выделение слизи из заднего прохода. Относятся такие опухоли к предраковым заболеваниям и поэтому их надо удалить, но поскольку могут быть рецидивы, больные нужда-

... в систематическом наблюдении врача-проктолога (осмотр не реже одного раза в шесть месяцев в течение всей жизни).

К предраковым заболеваниям толстой кишки многие врачи относят неспецифический язвенный колит. Считается, что при хроническом течении этого заболевания в 2% случаев может развиться рак. Следовательно, лечение язвенного колита является мерой профилактики возникновения рака.

Следует также обратить внимание на то, что к возникновению многих предопухолевых заболеваний прямой кишки предрасполагает колит, поэтому борьба с колитом — один из способов предупреждения рака прямой кишки. Основным методом лечения колита является правильное питание. Надо также обратить внимание на запоры. Они чаще всего являются следствием ослабления нормальной деятельности кишечника, в результате чего каловые массы застаиваются в его просвете. Наиболее частая причина — несбалансированное употребление нежирной, щадящей пищи.

Пожилые люди, страдающие отсутствием зубов или пользующиеся плохо пригнанными зубными протезами, часто употребляют протертую или рубленую пищу, не содержащую грубой клетчатки, в результате чего у них развиваются запоры. Поэтому люди, склонные к запорам, должны, не уменьшая количества тех продуктов, которые необходимы организму для правильного питания, употреблять пищу, богатую плохо усваиваемыми клетчаточными веществами. Последние и образуют достаточную по объему массу испражнений.

К их числу относятся хлеб из муки грубого помола (обдирный, украинский), различные каши, в том числе гречневая и пшенная, овощи и корнеплоды, фрукты, особенно кислые сорта яблок, чернослив в сыром виде, урюк, курага и т. п. Также полезно употребление в пищу овощей — моркови, капусты, свеклы.

Целесообразно включать в пищевой рацион молочные продукты, и прежде всего молочнокислые, обладающие высокой степенью питательности и одновременно способностью усиливать деятельность кишечника. Цельное молоко и сливки следует ограничить, так как у некоторых людей они вызывают повышенное образование газов (метеоризм). К рекомендуемым молочнокислым продуктам относятся: нежирная сметана однодневного приготовления, варенец, кислое молоко, простокваша, кефир, ацидофилин. В связи с тем, что творог может способствовать усилению запоров, его лучше употреблять в небольших количествах.

Несколько замечаний. Пищевые волокна и рак толстой кишки: эпидемиологические исследования показали, что диета, содержащая низкое их количество и большое количество жиров, повышает частоту рака толстой кишки, в то время как при низком содержании жира и высоком содержании пищевых волокон процент развития рака толстой кишки сравнительно низок. Более того, наивысший процент развития рака толстой и прямой кишки отмечается при высоком содержании в диете жиров и низком — пищевых волокон.

Кальций и риск развития рака толстой и прямой кишки. Кальций блокирует влияние пищевого жира на увеличение желчных кислот в кале, способствующего развитию рака толстой и прямой кишки: эпидемиологические исследования связывают риск возникновения рака кишки с общим количеством желчных кислот в кале.

Предраковые заболевания женских половых органов:

наружных половых органов — гиперкератозы (лейкоплакия, лейкоэроз), ограниченные пигментные образования с наклоном к росту и инвазивности;

влагалища — лейкоплакия и эритроплакия;

шейки матки — лейкоплакия, эритроплакия, железисто-мышечная гиперплазия, так называемые папиллярные и фолликулярные эрозии, полипы шейки матки, особенно инвазивные;

тела матки — железистая гиперплазия слизистой оболочки (особенно рецидивирующая в климактерическом и постклимактерическом возрасте); аденоматоз; полипы слизистой оболочки; пузырный занос; доброкачественные опухоли шейки матки.

Задачи, стоящие перед ЦСКИП:

профилактика и лечение указанных предраковых заболеваний;

отказ от применения различных раздражающих веществ и качество средств предохранения от беременности;

осмотр родильниц и зашивание имеющихся разрывов сразу после родов;

гигиенические мероприятия для нормального и патологического функционирования женской половой сферы;

постоянные врачебные осмотры половых органов.

Предраковые заболевания мочевыделительных органов:

доброкачественные опухоли (фибромы, липомы, миомы, аденомы, ангиомы, лейкомиомы, лимфангиомы) почек;

дермальные кисты, скрытые, длинные, вяло протекающие воспалительные процессы в почках;

длительное течение мочекаменной болезни;

некоторые химические вещества, которые концентрируются в почках и могут привести к образованию в ней опухоли;

хроническая травма почки;

возникновение хронических воспалительных пролифераций под влиянием паразитов в почках; нефроптоз, приводящий к застою мочи и длительному течению хронического воспалительного процесса;

аномалии развития почек.

Задачи, стоящие перед ЦСКИП:

профилактика и лечение указанных предраковых заболеваний почек и мочевых путей;

нормализация нервно-психического состояния.

КАК БЫТЬ С ОПАСНОСТЬЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Все многообразие факторов риска опухолей молочной железы можно свести к следующим трем основным группам (согласно В. Ф. Семиглазову, 1990).

1. Факторы, характеризующие состояние репродуктивной (воспроизводящей) системы организма женщины. Это менструальная, половая, детородная функции, лактация. Это также сопутствующие заболевания женской половой сферы, оказывающие влияние и тесно связанные с функцией данной системы.

2. Генетические факторы (наличие злокачественных опухолей, главным образом молочной железы по линии отца и матери).

3. Предшествующие и сопутствующие заболевания (патологические процессы, связанные с изменением эндокринно-обменного фона организма).

Рассмотрим наиболее распространенные факторы риска.

Относительный риск заболеть раком молочной железы для женщин, у которых менструация наступила раньше 11 лет, в 2 раза выше, чем для женщин с началом месячных в 16 лет и старше. Замечено также, что для больных раком молочной железы характерно более позднее прекращение менструальной функции (наступление менопаузы).

Поздно начинающие половую жизнь и перожавшие женщины имеют повышенную заболеваемость раком молочной железы. С увеличением числа родов риск возникновения рака молочной железы последовательно уменьшается. Оказалось, однако, что наибольшее значение имеет не столько число беременностей и родов, сколько возраст женщины в период первой беременности, закончившейся родами. Известный американский эпидемиолог Макмахн приводит статистические доказательства, что у рожавших ранее 18 лет риск заболеть раком молочной железы втрое меньше, чем у впервые рожавших после 35 лет.

Повышение риска заболеть раком молочной железы связывается также с наличием как самопроизвольных, так и искусственных абортов, особенно до первых родов.

Гинекологические заболевания. К факторам, способствующим нарушению нейроэндокринного статуса организма и повышающим риск развития рака молочной железы, обычно относят некоторые заболевания женской половой сферы: хроническое воспаление придатков, кисты яичников, фибромиому матки, эндометриозы.

Наследственные факторы (опухолевые заболевания в семье). Эпидемиологами подсчитано, что среди женщин, родственники которых болели раком молочной железы, риск заболеть раком увеличивается в 2—3 раза по сравнению с женщинами, не имеющими такой наследственности.

Важно знать удельный вес числа случаев рака молочной железы, связанных с воздействием установленных факторов риска. Расчеты, проведенные экспертами ВОЗ в Канаде, показали, что приблизительно 25% случаев рака молочной железы связаны с поздним возрастом первых родов, 10—20% случаев рака связано с «семейным аплапезом», т. е. наличием рака молочной железы у близких родственников, 27% случаев — с высоким содержанием жира в диете, 13% случаев — с превышением веса. У остальных больных раком молочной железы имеется различная патология гениталий (кисты, доброкачественные и злокачественные опухоли яичников и матки).

Исходя из этих предпосылок, с целью снижения риска развития рака молочной железы рекомендуется женщинам следить за «идеальным весом» и уменьшать излишнюю массу тела сокращением потребления животного жира, отказаться от неконтролируемого приема гормональных, особенно эстрогенных, препаратов, т. е. комплекса мероприятий, которые позволили бы женщинам сознательно избегать хотя бы некоторых указанных факторов.

Что касается экзогенных (внешних) факторов риска, нет прямых доказательств существования у человека рака молочной железы, вызываемого вирусом, но воздействие высоких доз ионизирующей радиации значительно повышает риск возникновения рака молочной железы.

Значение гормональных препаратов. Только длительное применение эстрогенов в качестве заместительной терапии в менопаузе (т. е. у женщин старше 45 лет) может увеличить опасность развития рака молочной железы после 10—15-летнего интервала.

В настоящее время более реалистичной пред-

ставляется вторичная профилактика рака молочной железы, т. е. превентивное выявление опухолей в той стадии, когда она может быть излечена обычными методами. Дело в том, что лечение форм рака без метастазов в лимфатических узлах в 90—95% случаев даже с помощью одного хирургического метода приводит к стойкому многолетнему излечению.

Самообследование для раннего выявления опухолей молочной железы

Несмотря на громадное значение маммографии для раннего выявления опухолей, она не лишена существенных недостатков. Существуют специфические формы рака молочной железы, не улавливаемые маммографией при ежегодном ее выполнении. Поэтому самообследованию относят к важным и действенным методам поиска, позволяющим целенаправленно осуществлять отбор для последующего углубленного обследования врачами при обращении к ним женщин, обнаруживших в результате самостоятельного обследования какие-либо изменения в молочных железах.

Опыт показывает, что приблизительно в 90% случаев опухоли молочной железы выявляют сами женщины. В связи с самообследованием возникает ряд вопросов, попробуем их осветить. Прежде всего, могут ли женщины сами достоверно выявить опухоли в молочных железах?

По мнению финской исследовательницы Гизеллы Настрий, женщина, ежемесячно занимающаяся самонаблюдением, знает свои молочные железы лучше любого специалиста и легче может заметить малейшие изменения, которые могут в них произойти. Большинство женщин способны дифференцировать злокачественные и доброкачественные уплотнения, а при систематическом выполнении самообследования определять опухоли размером менее 1 см.

Как часто следует выполнять самообследование?

Большинство исследователей рекомендует выполнять самообследование не чаще чем 1 раз в месяц, так как только в первую неделю после менструации в молочных железах у большинства менструирующих женщин создаются наиболее благоприятные условия для выявления уплотнений.

Как выполнять самообследование?

Специалисты считают обязательными компонентами самообследования осмотр молочных желез и осторожную пальпацию. Осмотр должен производиться при хорошем освещении перед большим зеркалом, пальпация — осторожными движениями ладонью в положении стоя и лежа. Наиболее эффективно обучение при демонстрации техники на самой обследуемой в личном контакте с врачом.

Практика и методика. Для самообследования необходимо иметь зеркало большого размера, достаточное освещение и кушетку (диван), на которую женщина могла бы лечь для самоосмотра. Осмотр следует делать раз в месяц (через 3—4 дня после окончания месячных), а у женщин в менопаузе — также ежемесячно в фиксированную дату. Отметка в календаре обязательна.

Изменения в молочных железах четко выявляются при разных положениях тела и рук: с опущенными вниз руками; с поднятыми и положенными на голову руками; при надавливании на сосок и ареолу; при поднимании молочной железы вверх кончиками пальцев. Осмотр в этих положениях проводят, слегка поворачивая туловище в разные стороны, чтобы лучше заметить изменения контуров, конфигурации и размеров желез.

При осмотре стоя, с поднятыми на голову ру-

железы. Женщина должна обращать внимание: на увеличение или уменьшение размеров одной железы по отношению к другой; подтянутость желез вверх или в сторону, ее смещаемость или фиксация; «срезанность» контуров либо другие их изменения (выбухание, западение, втянутость), в том числе и соска; покраснение кожи на ограниченном участке или по всей железе, а также распространение красноты за пределы органа; локальный или тотальный отек кожи («лимфатическая корочка»); узлы и уплотнения в ткани, в толще кожи; корочки, свищи, изъязвления кожи и соска; выделения из соска.

Самоощупывание производят лежа на спине. Порядок ощупывания следующий:

положив под лопатку подушку (свернутое полотенце), лечь таким образом, чтобы обследуемая молочная железа распласталась в грудной стенке. Рука этой же стороны положена под голову или на лоб;

мягко, подушечками 2—4 пальцев ощупывают противоположной рукой наружную часть железы снизу вверх, концентрическими и радиальными движениями от соска к подмышечной впадине, обращая внимание и на участок между железой и подмышечной впадиной; обязательно также обследование подмышечной и надключичной областей (их лимфатических узлов);

подушечками пальцев также ощупывают внутреннюю часть железы сверху вниз и от соска к середине грудной клетки;

все те же приемы используют для ощупывания другой молочной железы после поворота на противоположную сторону и укладки подушки (валика) под другую лопатку.

Целью самообследования вовсе не является нахождение каких-либо уплотнений или опухолей, наоборот, более важным считается получение доказательств отсутствия заболеваний. Нелишне предупредить о существовании в молочных железах неравномерно расположенных долек, имеющих различную степень плотности, ибо они не только не представляют опасности, но и обычны в норме, однако судить об этом может лишь врач.

Врачу необходимо своевременно обращаться. Четкость выполнения приемов, простота последующих действий и убеждение в необходимости самообследования — залог успешного обучения приемам, осмысленных и целенаправленных действий женщин, особенно в возрасте 35 лет и старше, для своевременного выявления патологии молочной железы.

Первичная профилактика рака молочной железы:

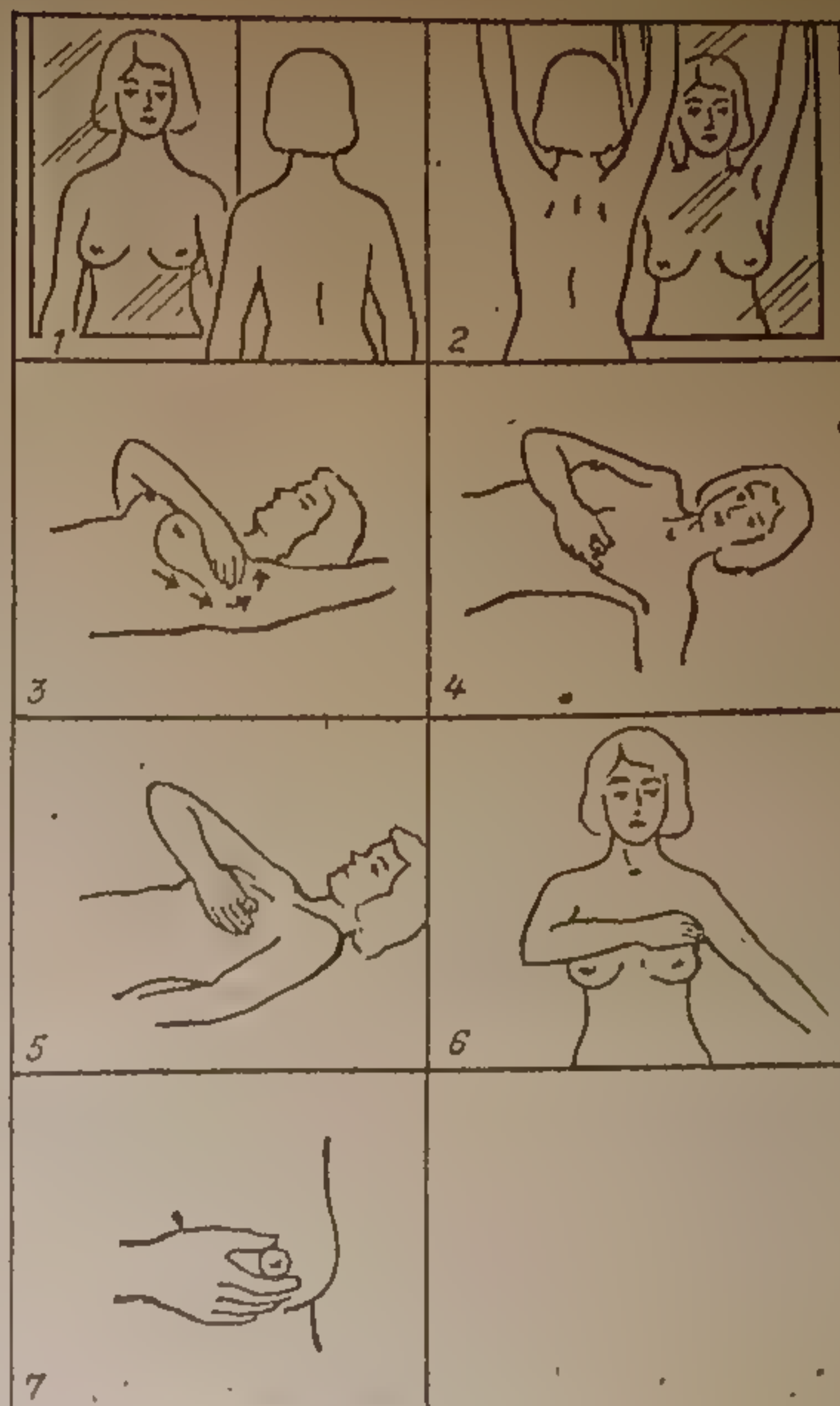
устранение факторов риска (курение, алкоголь, ионизирующая радиация и др.);

строгое отношение к питанию: отказ от избытка животных жиров и высококалорийной пищи — постное мясо, маргарин вместо сливочного масла, низкожировые молочные продукты; сократить потребление яичных желтков, богатых холестерином, в ежедневный рацион включаются овощи и фрукты; в зимне-весенний период включить в диету продукты с достаточным содержанием витаминов А, С и Е (можно их принимать и в виде препаратов);

регулярное занятие физкультурой и спортом; самообследование, маммография (периодически).

Развитию рака молочной железы обычно предшествуют следующие предопухолевые заболевания.

Мастопатия — собирательное понятие, объединяющее предопухолевые заболевания молочной железы. Термином «мастопатия» или «фиброадо-



поматоз» обозначается длительно текущее заболевание молочной железы, которое на разных этапах развития имеет разнообразное микроскопическое строение и соответственно проявляется в многообразных клинических признаках и формах. Наиболее часто наблюдается мастопатия у женщин 30—40 лет, в этом возрасте наиболее часто возникают различные нарушения в половой системе женщины, в том числе имеющие значение в развитии заболеваний молочных желез.

Врачи-онкологи различают две формы мастопатии — диффузную и узловую. Диффузная форма мастопатии является более ранней, начальной стадией заболевания. Узловая мастопатия — проявление более выраженных изменений в ткани молочных желез, при этой форме заболевания требуется оперативное лечение.

У молодых женщин (до 30 лет), у девушек и даже у девочек могут возникать узловые образования доброкачественного характера в молочных железах, называемые фиброаденомами. Это медленно растущий четко отграниченный плотный округлый узел с гладкой поверхностью, с неизменной кожей.

Задача, стоящая перед ЦСКИП: борьба с абортами, нарушениями лактации и половой функции; терапевтическое и хирургическое лечение указанных предраковых заболеваний молочной железы; обучение методу самообследования для своевременного выявления предопухолевых процессов и ранних стадий рака.

РЕКОМЕНДАЦИИ АКАДЕМИКА П. И. ПЕТРОВА (по А. И. Сереброву, 1975)

Кожа. Частые обмывания с мылом (особенно при наличии старческих глубоких морщин, а также же при работе, связанной с загрязнением кожи пылью любого вида, продуктам перегонки угля, торфа и сланцев). Регулярная чистка и стирка рабочей одежды (особенно при загрязнении мажущими маслами). Защита от солнца кожи лица и шеи широкополыми шляпами. С кожаными за- 11

Вот почему пользоваться пилосацей только с разрешения врача.

Осторожное пользование защитными приспособлениями при работе с рентгеновскими лучами и радиоактивными веществами.

Полость рта и язык. Гигиена полости рта, удаление кариозных зубов, исправление испорченных протезов, травмирующих слизистые оболочки. Посещение рта после еды. Отказ от курения и обязательное его прекращение при заболеваниях слизистых оболочек рта и языка.

Пищевод. Отказ от слишком горячей пищи, от употребления алкоголя (особенно чистого спирта и различных его суррогатов). Осторожное употребление костистой рыбы во избежание травмы слизистой оболочки пищевода.

Желудок. Профилактика гастритов: протезирование отсутствующих зубов, своевременное лечение воспалительных заболеваний полости рта (удаление кариозных зубов), гортани, глотки, носа с гнойными выделениями. Отказ от употребления сильно перегретых жиров, чрезмерно горячей пищи и питья, систематического приема алкоголя и от курения.

Отказ от еды всухомятку в течение продолжительного времени, от употребления большого количества пряностей и острых блюд.

Своевременное лечение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Соблюдение мер защиты при работе с профессиональными ядами (свинец, кислоты, щелочи, фосфор и др.).

Шейка матки. Цитологическое исследование влагалищных мазков не реже одного раза в год. Заплатывание разрывов шейки матки, происшедших во время родов. Радикальное лечение длительно существующих заболеваний шейки матки (особенно так называемых эрозий). Гигиенический уход за половыми органами, особенно в период менструации и в послеродовом периоде.

Мочевой пузырь. Защитные приспособления от вдыхания паров аммиака и других вредных веществ на предприятиях, изготавливающих красители. Своевременное лечение полипоза мочевого пузыря.

Легкие. Хорошая вентиляция на предприятиях, защитные меры от вдыхания пыли (особенно в горнорудной промышленности), а также при работах с летучими химическими раздражителями и радиоактивными веществами. Отказ от курения. Перевод в безопасные цехи при появлении профессионального бронхита.

Личники. Безотлагательное удаление обнаруженных кист.

Щитовидная железа. Добавление йодистого калия и поваренной соли в рацион людей в горных местностях, где распространена Базедова болезнь.

Молочная железа. Воздержание от аборта. Своевременное лечение заболеваний молочной железы. Грудное вскармливание детей не менее чем до года.

Еще раз о самообследовании молочных желез.

Напомним, что профилактика возникновения рака молочной железы заключается прежде всего в том, чтобы своевременно обнаружить и начать лечение хронических заболеваний молочной железы, которые врачи называют предопухолевыми. Эти заболевания могут стать почвой для развития рака, протекают длительно, иногда годы, а порой и десятилетия. Нужно помнить, что, хотя на почве этих заболеваний рак возникает далеко не всегда, своевременное их обнаружение и лечение являются надежным средством защиты от возникновения злокачественных опухолей молочной железы.

12 Так как в молочных железах происходят фи-

зиологические процессы, связанные с менструацией, беременностью и периодом лактации (кормление ребенка), то не каждое изменение в молочной железе можно считать опасным. Например, набухание молочных желез перед менструацией и их увеличение во время беременности — нормальные физиологические явления; так же как и пигментация (потеряние) соска, выделение из него молозива и молока в период кормления.

Однако изменение цвета и формы соска и цвета кожи железы, увеличение ее, появление уплотнений и узлов в периоды, когда нет менструации и беременности, а также втяжение соска и появление выделений из него (особенно кровянистых), наличие уплотнений или узлов в подмышечных впадинах — это уже признаки заболеваний молочной железы. В таких случаях надо немедленно обратиться к врачу.

Как приучить себя систематически (ежемесячно), через неделю после окончания менструации, обследовать молочные железы? Для этого рекомендуется следующее.

Прежде чем начать мыться или принимать ванну, нужно осмотреть спящую рубашку и бюстгальтер, чтобы установить, нет ли на них каких-либо пятен (бесцветных, желтых или кровянистых) в тех местах, где они соприкасаются с сосками.

При осмотре молочной железы обратить прежде всего внимание на сосок: нет ли изменений его формы и вида (втяжение, покраснение), не мокнет ли сосок или кожа вокруг него, нет ли сыпи на коже вокруг соска. Осторожно попробовать выжать из соска выделения.

Осмотреть всю кожу молочной железы (нет ли сыпи, опрелости, изменения в цвете, эластична ли кожа, хорошо ли она собирается в складку, нет ли на коже уплотнений, напоминающих лимонную корку).

Раздевшись до пояса, встать перед зеркалом с опущенными руками. Посмотреть, одинаковы ли молочные железы по своей форме и размеру, на одном ли уровне расположены их границы. Если молочные железы здоровы, то на них не видно никаких выпячиваний, узлов или втяжений. После этого надо поднять руки вверх и посмотреть, не наступит ли тогда каких-либо изменений в состоянии молочных желез.

Затем нужно лечь на твердую кушетку или скамейку, покрытую одеялом (методика ощупывания — пальпация — описана выше), обследование следует вести радиально — от соска к периферии, затем ощупывается подмышечная впадина.

Без совета врача не рекомендуется прикладывать грелки и компрессы на молочную железу, применять различные мази и втирания. Неправильное лечение может привести только вред.

Заключение. На основании общих представлений о первичной профилактике рака выносятся следующие ее принципы, которые мы и положили в основу ЦСКИП для предупреждения этих заболеваний.

Канцерогены, вирусы и другие факторы риска возникновения рака — образования злокачественной опухоли — реализуют свои возможности только в том случае, если ослабленный организм к этому готов. Следовательно, практика ЦСКИП должна поддерживать организм в таком состоянии резистентности, иммунологических свойств и т. д., чтобы он мог противостоять возникновению рака.

Это, конечно, предельные привычки в быту. Здесь все зависит от самого человека, который может все, было бы желание не болеть.

Хронические заболевания и предрак. Борьба

с ними дает возможность обезопасить от заболевания раком.

Рассмотрим же эти принципы, раскрывая смысл происходящих при заболевании раком процессов.

ЧТО НАЗЫВАЕМ МЫ РАКОМ

Характерной чертой раковых заболеваний является длительный, иногда чрезвычайно длительный (до двух десятков лет и более), скрытый период до появления клинических признаков и жалоб больного.

Как известно, во взрослом организме много нормальные клетки непрерывно растут и делятся: вместо старых, отмирающих клеток постоянно образуются новые. Непрерывно заменяются по- выми и клетки крови.

Раковые клетки утрачивают способность выполнять те функции, которые выполняют нормальные клетки. Раковые клетки растут бесконтрольно и не подчиняются тем механизмам, которые удерживают клетку в нормальном состоянии. Безудержно увеличиваясь, раковые клетки не только выебываются из-под влияния механизмов, контролирующих рост нормальных клеток, но и приобретают новые свойства, т. е. злокачественных тканей и метастазированию (отрыву от основного очага и распространению по всему организму).

Обмен веществ в раковой опухоли извращен. Например, опухолевая ткань потребляет сахар в значительно больших количествах, чем нормальные ткани; расщепление сахара в опухоли происходит иными путями, чем в здоровой ткани, в результате чего образуется ряд вредных для организма веществ.

Итак, главные свойства злокачественности — способность:

к безудержному размножению клеток, порывающих подчиняться регулирующим механизмам организма-хозяина;

проникать, прорастать в окружающие здоровые ткани и вызывать в них нарушения в функционировании, повреждения;

отрываться от основной опухоли и переноситься с током крови и лимфы в другие органы и ткани с образованием в них вторичных опухолей (метастазы);

вызывать общие нарушения обмена веществ и отравлять организм продуктами распада опухолевых клеток.

Коварство рака связано с тем, что на уровне организма не чувствуется появления начальных этапов канцерогенеза, и обычно впервые обращается заболевание к врачу тогда, когда началась уже прогрессивная сформировавшаяся опухоль (ее быстрый рост), препятствующая нормальному функционированию ряда органов. Из этого следует чрезвычайная важность исследований механизмов самых ранних этапов канцерогенеза в доклинический период. Доказано, что от момента возникновения первой опухолевой клетки до ее клинического проявления проходит от 2 до 7 лет.

Коварство рака связано и с бесконечным разнообразием факторов, способствующих заболеванию, вызывающих рак. Повышение частоты злокачественных заболеваний связано и с увеличением продолжительности жизни людей, и с увеличением контингента людей, имеющих контакт с различными потенциально канцерогенными факторами — на работе, в окружающей среде.

Хотелось бы предупредить читателя, что нельзя к диагнозу рака относиться как к смертельному приговору.

К настоящему времени накоплено много материалов, свидетельствующих о важности участия самого больного в определении исхода заболевания, о еще большей важности состояния организма в предшествующий период, когда больной еще не подозревал, что многое из его образа жизни, его привычек и поведения может привести к возникновению изменений в организме, способствующих развитию рака. Эти изменения накапливались в так называемый предпатологический период.

Для человека это не заразная болезнь, признаются ведущими факторами процессы, происходящие в самом организме, и прежде всего связанные с его старением или с дисбалансом систем организма в более молодом возрасте. Не следует также забывать, что злокачественная трансформация определенного числа клеток еще не означает неизбежного развития злокачественного заболевания. При сохранении системы иммунологического надзора организм способен обезвреживать и уничтожать большое число клеток, приобретших черты иммунологической чужеродности.

Хочу еще раз подчеркнуть силу защитных возможностей организма. Защитные силы нормального организма таковы, что они способны на 1 тысячу одновременно введенных в организм раковых клеток быстро убить 399 клеток. Следовательно, вероятность заболевания определяется в первую очередь состоянием самого организма (Н. Г. Аксенов, 1987).

Какие же причины способствуют возникновению злокачественных новообразований (рака)? К сожалению, мы еще не знаем истинной причины рака и почему нормальная клетка превращается в раковую. На этот счет существуют пока только предположения, основанные на экспериментальных наблюдениях за развитием злокачественных клеток. Однако теперь нам известны многие условия, которые способствуют превращению нормальной клетки в раковую.

Известно много примеров, показывающих, что при воздействии различных внешних агентов (химических, физических, биологических) у животных и человека могут возникнуть различные злокачественные опухоли. Агенты, вызывающие превращение нормальной клетки в раковую, получили название канцерогенов, т. е. порождающих рак (правильнее blastomogens — порождающих опухоли). Результаты опытов с blastomogenic веществами углубили наши знания о причинах опухолей и об их природе. Дальнейшее изучение blastomogenic веществ показало, что они могут быть обнаружены в различных химических соединениях, и в зависимости от своего химического строения иногда вызывают различные опухоли тех или иных органов (например, легких, печени, почек, желудка, матки и др.).

Но кроме экзогенных (внешних для организма) канцерогенных веществ, существуют эндогенные (внутренние) blastomogenic (или канцерогенные) вещества, возникающие в организме и вызывающие опухоли при введении их подопытным животным. Так, английский биохимик Бойланд выяснил, что вызывать рак мочевого пузыря могут определенные химические вещества — оксиды, возникающие в организме в результате обмена некоторых составных частей белка, выделяющихся с мочой в виде шлаков. В случае застоя мочи, выделяясь из других соединений, они в чистом виде могут длительно действовать на стенку мочевого пузыря и вызывать здесь рак.

Однако важно то, что влияние химического фактора зависит не только от агента, способного вызвать опухоль, но и от состояния организма, который подвергается такому воздействию. Это говорит о том, что в возникновении опухоли огромную роль играет общее состояние организма, а экспериментальная онкология это подтверждает.

Попадание канцерогенных веществ в организм человека — это лишь первый шаг в цепи событий, способных привести к появлению опухоли. Сопротивляемость организма, его генетический потенциал, особенности метаболизма — все это влияет на возможность возникновения опухоли. Отмечается высокая частота злокачественных опухолей органов пищеварительного тракта почти во всех странах, отсюда внимание к химическим канцерогенным и пищевым продуктам. Однако присутствие канцерогенов в пище не следует связывать только с опасностью их бластоматозного влияния на органы пищеварительного тракта. Представляется вполне вероятным их воздействие и на отдаленные органы.

В настоящее время наиболее изучен вопрос о присутствии в пищевых продуктах канцерогенных полициклических ароматических углеводородов. Канцерогенные ПАУ могут проникать в пищевые продукты в результате некоторых технологических операций, используемых при их производстве. Классическим примером является использование копильного дыма при производстве различных колбасных изделий, мясокопченостей и копченой рыбы. По данным отечественных и зарубежных исследований, эта операция приводит к проникновению ПАУ, в частности 3; 4-бензпирена (БП), из копильного дыма в производимый продукт. Радикальной мерой предупреждения попадания ПАУ является полное их исключение и применение бездымного копчения с помощью копильных жидкостей.

Широкое применение получил способ сушки, при котором высушенный материал имеет непосредственный контакт с горячими продуктами сгорания топлива, разбавленными воздухом. Определенную роль в фоновом содержании БП в сельскохозяйственной пищевой продукции играет механизация. Выхлопные газы двигателей могут явиться источником БП во время обработки полей в период произрастания растений, при уборке, транспортировке и хранении урожая.

Проблема канцерогенных нитрозаминнов (НА) имеет сходство с проблемой ПАУ в том отношении, что воздействию обеих этих групп канцерогенов подвергаются самые широкие круги населения. Это также связано с тем, что канцерогенные НА довольно легко синтезируются спонтанно из их предшественников — нитритов и вторичных аминов, причем синтез этих веществ происходит в организме животных и людей.

Большую потенциальную канцерогенную опасность представляет присутствие в пищевых продуктах нитритов и нитратов. Показано, что при употреблении таких продуктов в крови людей резко возрастает содержание диметилнитрозамина и диэтилнитрозамина. Важно, что синтезированные нитрозаминны довольно долго удерживаются в крови людей.

Имеется возможность предотвратить синтез НА в организме. Дело в том, что витамин С резко тормозит синтез НА из их предшественников. Многие онкологи исходя из этого факта считают, что витаминизация пищи является эффективным средством профилактики.

В пищевых продуктах могут также присутствовать нитрозаминны экзогенного (за пределами

организма) происхождения. Например, в колбасных изделиях это нитрит, добавляемый в фарш. Обнаруживаемые в копченой рыбе ПАУ возникают в результате проникновения в продукт оксидов азота из копильного дыма. Следует отметить, что переход на бездымное копчение с помощью копильной жидкости исключает такой источник канцерогенных ПАУ.

При проведении профилактических мероприятий важно наладить организацию, систему контроля за содержанием канцерогенов в пищевых продуктах. В настоящее время необходимо создание соответствующих лабораторий в промышленности. Но этого, по-видимому, недостаточно, требуется, чтобы органы санитарного надзора сами располагали мощными лабораториями, способными осуществлять такой контроль.

Вирусные онкогены и канцерогенез. В основе современных представлений о механизме вирусного канцерогенеза лежит понятие онкогена. Онкоген — это специфический ген опухолеродного вируса, продукт которого отвечает за превращение нормальной клетки в трансформированную и за поддержание трансформированного фенотипа.

Пока известны только вирусные опухоли животных. Достоверных данных, показывающих, что такие опухоли могут возникать у человека, не имеется, хотя попытки найти такой вирус не прекращаются и по сей день. Ярым сторонником вирусной теории происхождения опухолей у нас в СССР являлся талантливый ученый, ныне покойный, академик АМН СССР Л. А. Зильбер. В 1968 г. вышла в свет его книга под названием «Вирусно-генетическая теория возникновения опухолей», в которой был подведен итог накопившихся к тому времени новых экспериментальных данных о вирусных опухолях у животных и изложены экспериментальные исследования автора этой книги.

Сущность вирусно-генетической теории сводится к следующему:

естественно возникающие опухоли вызываются вирусами;

клетка становится раковой потому, что совокупность генов организма, определяющая наследственную конституцию, — геном вируса интегрируется с геномом клетки; дополнительная генетическая информация, внесенная вирусом в клетку, вызывает обусловленные этим процессом наследственные изменения, которые нарушают взаимоотношения клетки с регулирующими клеточное размножение системами, вследствие чего клетки выходят из-под контроля; так возникает перерегулируемое размножение клеток, приводящее к образованию опухоли;

для создания опухолевой клетки вовсе не нужен вирус как таковой, нужна только его генетическая информация — нуклеиновая (ядерная) кислота, взаимодействие которой с геномом клетки происходит на молекулярном уровне; вирус является только носителем генетической информации, и его роль сводится к тому, чтобы доставить ее в клетку.

Как ни заманчива вирусная теория опухолей, принять ее как общую теорию для всех опухолей нет оснований.

ПОЧЕМУ МЫ БОЛЕЕМ РАКОМ

Роль наследственности и предрасположения к заболеванию раком. Можно утверждать, что рак по наследству не передается. Однако в некоторых случаях наследуется не та или иная раковая опухоль, а повышенное предрасположение к возникновению рака под влиянием различных внешних,

так называемых канцерогенных факторов (профессиональных и бытовых). Поэтому страх человека, что он может заболеть раком, если один или оба его родителя болели этой болезнью, не оправдан.

Имеются ли какие-либо другие условия, способствующие предрасположенности к возникновению опухолей? Да, имеются. К таким условиям относятся прежде всего возраст. Как отмечается в мировой статистике, по мере старения смертность от рака возрастает.

Говоря о предрасположенности к злокачественным опухолям, необходимо обратить внимание еще на одну особенность. Не все органы одинаково часто поражаются раком: если общее число больных раком припять за 100%, то заболеваемость по отдельным органам распределяется следующим образом: в $\frac{3}{4}$ случаев возникновения злокачественных опухолей (у мужчин и женщин) поражались только 4 органа. На первом месте рак желудка, на втором (у мужчин) рак легких и (у женщин) рак матки, на третьем — (у мужчин) рак кожи и (у женщин) рак молочной железы и на четвертом месте (у мужчин) рак нижней губы и (у женщин) рак кожи.

Вот почему нужно быть особенно внимательным к симптомам со стороны этих органов, особенно в пожилом возрасте, когда заболеваемость раком резко возрастает.

Роль питания в возникновении рака. До 35% и более смертельных исходов злокачественных заболеваний составляют формы рака, вызванного нарушением нормального питания (И. Г. Акоев, 1987), что предположительно связано с хроническим употреблением необычной или перекрашенной пищи (особенно с повторным использованием жира), с избытком жира и калорий в пище, с недостатком растительных волокон и овощей в рационе, с перееданием, особенно мясной пищи, с отсутствием витамина А в пище и др.

Это связано и с возможностью содержания в некоторых пищевых продуктах канцерогенных веществ и их предшественников либо образования их в процессе приготовления пищи (в количествах, явно преобладающих над содержанием в пище природных антиканцерогенных веществ. Таким природным антиканцерогеном является предшественник витамина А — бета-каротин (в моркови и других овощах).

Несбалансированное питание, неумеренная и нерегулярная еда способствуют возникновению состояния гормонального дисбаланса, который в хронических случаях может привести к опухолям гормонального канцерогенеза (И. Г. Акоев, 1987).

Имеется такое мнение, что люди пожилого возраста, которые избыточно питаются и имеют высокий вес, умирают от рака чаще, чем те, которые имеют средний или пониженный вес тела. По-видимому, продолжительное умеренное употребление пищи является более благоприятным для профилактики рака.

Еще большее значение имеет характер питания. Комитет экспертов ВОЗ, изучая этот вопрос, отметил, что «изменение привычек и обычаев в отношении питания дает прекрасную возможность убедиться в реальности профилактики рака». Хорошим примером в этом отношении являются данные, опубликованные известным онкологом профессором Бергеном, который считает, что снижение смертности от рака желудка объясняется улучшившимися условиями питания населения Швеции. Дело в том, что еще 50 лет тому назад шведы питались преимущественно мясной пищей, чаще в виде консервов и копченостей, теперь

в пищевом рационе шведов преобладают натуральные продукты с большим количеством (импортируемых) овощей и фруктов.

Неполноценность питания, связанная с недостатком витаминов и микроэлементов в пище, — огромный фактор риска.

Результаты экспериментальных и эпидемиологических исследований показали также, что питание, богатое жирами, увеличивает опасность заболевания раком молочной железы, толстой кишки, тела матки и простаты. Канцерогенный эффект питания, богатого жирами, осуществляется через посредство желчных кислот и стероидных гормонов, которые могут играть роль промотора (способствовать канцерогенезу в отличие от ингибиторов, воздействующих канцерогенно непосредственно). Кроме того, известно, что конечные продукты окисления и перекисления ненасыщенных жирных кислот являются сильными мутагенами (изменяющими генофонд) и канцерогенами.

Улучшение методов обработки и хранения пищевых продуктов привело к снижению заболеваемости раком верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Необходимы дальнейшие усилия для того, чтобы довести до минимума загрязнение пищевых продуктов потенциально канцерогенными веществами. Необходим строгий контроль использования в пищевой промышленности различных пищевых добавок: все пищевые добавки должны контролироваться на возможность мутагенных и канцерогенных свойств.

Эти рекомендации имеют особое значение для групп населения с высокой заболеваемостью раком верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Снижение потребления животных жиров и высококалорийной пищи в питании населения с высокой заболеваемостью раком толстой кишки, молочной железы, тела матки и предстательной железы, по-видимому, приведет к снижению заболеваемости данными формами рака и к снижению сердечно-сосудистых заболеваний. Ожирение, недостаточное питание, избыточное потребление сахара, алкоголя, недостаток в пище витамина А и различных минеральных веществ, загрязнение ее увеличивают заболеваемость населения раком.

Роль травмы. Речь идет о мелких повторных (хронических) травмах.

Профессиональные вредности: в большинстве случаев рак развивается на почве химических вредностей. На приморе профессиональных раков особенно отчетливо выявляется возможность предупреждения злокачественных опухолей, ибо некоторые формы опухолей исчезли именно благодаря устранению условий, способствующих их возникновению. Следующие профессии опасны по наличию факторов риска предопухолевых состояний (предрака): работающие с каменноугольными смолами, с производством парафина, анилиновых красителей, бензина, ксеноламина; в асбестовой промышленности, при производстве хрома, рафинировании никеля; работа с неорганическими мышьяковыми соединениями, при производстве нитрата, резины, работающие с бензолом, а также работники шахт, рудников, химкомбинатов, цементных заводов.

Об ионизирующей радиации. Теперь доказано, что ионизирующая радиация (естественного или искусственного происхождения) может вызывать злокачественные опухоли. Наблюдения показали, например, что у рабочих урановых рудников и шахт плавикового шпата нередко развивался рак. У людей, переживших атомную катастрофу в Хиросиме и Нагасаки, лейкозы (злокачественное малокровие) и другие формы злокачественных опухолей выявляются до сих пор.

Ультрафиолетовое, ионизирующая радиация (лучи рентгеновского и гамма-излучения), с одной стороны, используется как активный метод лечения рака, а с другой стороны, при неправильном обращении и без принятии соответствующих мер защиты опасна возникновением раковых опухолей.

При известных условиях могут иметь канцерогенный эффект ультрафиолетовые лучи (солнечные). Опухоль (рак кожи) развивается чаще у тех, кто работает на открытом воздухе (у моряков, крестьян и т. д.), и у людей со светлой кожей.

Роль вредных бытовых привычек. Курение является причиной более чем 30% смертей от рака в развитых странах. Отказ от курения может вызвать примерно десятикратное снижение заболеваемости раком легкого (встречается чаще более чем в 10 раз у курящих, чем у некурящих), а также значительное снижение заболеваемости.

Так, американское противораковое общество предприняло массовое обследование 187 тысяч курильщиков табака. Результаты показали, что смертность от рака легких у них в 20 раз выше, чем среди некурящих. Кроме того, у курильщиков, помимо рака легких, чаще встречаются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эмфизема легких, сердечно-сосудистые заболевания. По сравнению с некурящими любители табака в 13 раз чаще страдают стенокардией, в 12 раз — инфарктом миокарда, в 10 раз — язвой желудка. Каждый седьмой из курильщиков табака страдает облитерирующим эндартериитом (закупоркой сосудов, обычно нижних конечностей).

Прекращение курения снижает риск заболеть раком легкого. На основании материалов обследования установлено также, что курящий человек сокращает срок своей жизни за 25 лет курения примерно на 5 лет.

Роль алкоголя в развитии злокачественных опухолей. Длительное употребление спиртных напитков увеличивает риск возникновения рака полости рта, глотки, гортани, пищевода, печени и др. Установлено, что алкоголь сам по себе не является канцерогеном, однако при совместном действии алкоголя (в качестве растворителя) с известными канцерогенами наблюдается в экспериментах увеличение числа индуцированных опухолей, а также развитие их в более молодом возрасте (у подопытных животных). Кроме того, установлено, что алкоголь снижает усвояемость витаминов группы А, С, Е и др., которые рассматриваются в настоящее время как антиканцерогены.

Мнение ученых — алкоголь не является главным виновником рака, но имеется связь между потреблением большого количества алкоголя и появлением рака полости рта, гортани и пищевода. Влияние алкоголя и табака на возникновение рака полости рта, глотки, гортани, пищевода и желудка доказано тем, что смертность от новообразований этих видов выше среди людей, которые регулярно пьют. Р. Дюлл и Р. Нито утверждают, что в 80% случаев заболеваний рак вызывается принципиально устранимыми факторами. Об этом пишет и советский ученый А. В. Чаклин, считающий, что среди всех случаев смерти от рака в 27—44% причиной их было курение и алкоголь.

Примечательно, что распространение курения среди женщин и подростков резко увеличило частоту заболеваний раком легких. Курящие женщины чаще рожают недоношенных детей, склонных в дальнейшем к заболеваниям дыхательных путей вследствие ослабления иммунитета.

16 Во Франции статистика свидетельствует, что

у лиц, потребляющих в день свыше 80 г алкоголя и 2 паков сигарет, риск заболеть раком пищевода повышается в 44 раза. Рак пищевода встречается чаще в провинции Бретань, где кальвадос — крепкий, до 60° алкогольный напиток из яблок домашнего приготовления пьют обычно без закусывания, чем в Провансе, где вместо кальвадоса пьют легкие вина.

Сочетание влияния алкоголя, табака и других факторов. Употребление алкоголя в сочетании с табаком является причиной 3/4 всех типов рака полости рта у мужчин. Существенное значение в возникновении злокачественных опухолей, согласно Международному агентству по изучению рака (ИИОР), представляют: нарушение диеты и питания — до 35%, курение — до 30%, инфекции и хронические паразитарные заболевания — до 10%, производственные факторы — до 4%, географические факторы — до 3%, алкоголь — 3%. Нельзя рассматривать каждый из этих факторов в отрыве от образа жизни человека, воздействия на него производственных и бытовых факторов, их сложной совокупности.

ПРИНЦИПЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

Ранее под первичной профилактикой рака понимались исключительно гигиенические мероприятия, направленные на устранение возможности контакта человека с канцерогенными факторами среды. Однако в дальнейшем было установлено, что действие канцерогенного фактора (как экзогенного, так и эндогенного) на организм означает лишь возможность, но не неизбежность возникновения опухоли. Развитие опухоли зависит от ряда условий, которые в значительной мере можно контролировать.

Современный уровень науки дает возможность конкретных направлений первичной профилактики рака, понимания механизмов развития опухоли, биохимических, иммунологических и иных особенностей злокачественного роста. В настоящее время первичная профилактика является новым, быстро развивающимся научным и научно-практическим направлением, имеющим своей главной задачей снижение заболеваемости населения злокачественными новообразованиями.

Под первичной профилактикой рака понимается система регламентированных государством социально-гигиенических мероприятий и усилий самого населения, направленных на предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний, путем устранения, ослабления или нейтрализации воздействия неблагоприятных факторов окружающей человека среды, его образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма. Система мероприятий должна охватывать всю жизнь человека, начиная с воздействия на свет. Наши усилия могут быть сконцентрированы на первых двух звеньях — выявлении предрасположенности организма к опухолевому образованию и ее коррекции, а также на выявлении и предотвращении действия канцерогенных факторов. Другими словами, речь идет о двуедином объекте изучения — организма и среды: должны находиться в центре внимания при разработке профилактических мероприятий.

Следует реально оценивать возможности и значение представленных в таблице направлений. Масштабы медико-генетической профилактики городских скромнее онкогигиенических и биохимических мероприятий: наследственно обусловлено

Смертность от онкологических заболеваний
(Р. Доль, Р. Нито, 1984)

Фактор или класс факторов	Процент всех случаев смерти от рака	
	Наиболее точная оценка	Диапазон возможных оценок
Табак	30	25—40
Алкоголь	3	2—4
Дрота	35	10—70
Пищевые добавки	1	5—2
Репродуктивная и сексуальная активность	7	1—13
Профессия	4	2—8
Загрязнение	2	1—5
Продукты промышленного производства	1	1—2
Лекарственные препараты и лечебно-диагностические процедуры	1	0,5—3
Геофизические факторы	3	2—4
Инфекция	10	1
Неизученные факторы	?	?

лишь 5—7% от числа регистрируемых в настоящее время опухолевых заболеваний человека.

Значение для онкологической заболеваемости иммунологической недостаточности пока можно оценивать лишь у детей с первичными (врожденными или генетически обусловленными) иммунодефицитами, а также в группе лиц, подвергавшихся иммуносупрессивной терапии в связи с трансплантацией органов и тканей. Хотя группы такие сравнительно немногочисленны, риск возникновения злокачественных новообразований в них в десятки и сотни раз превышает аналогичный риск в популяции в целом. Сегодня мы лишь начинаем постигать те особенности различных периодов онтогенеза человека, которые тем или иным образом могут predispose к возникновению и (или) развитию опухоли.

Так, период беременности с его гормонально-метаболическими сдвигами может способствовать прогрессии опухолевого процесса любой локализации (В. М. Дильман, 1983). Антенатальный и неонатальный периоды развития характеризуются незрелостью ферментных и иммунной систем, высокой пролиферативной активностью клеток, а также рядом других особенностей, которые могут способствовать реализации трансплацентарных канцерогенных воздействий. Период полового созревания — время интенсивной гормональной перестройки, которая может способствовать реализации испытанных ранее или в самый момент перестройки канцерогенных воздействий.

К явлениям такого порядка, очевидно, может быть отнесен факт возникновения остеогенной саркомы длинных трубчатых костей, 65% которой приходится на возрастной период 10—20 лет (это наше собственное наблюдение). Надо признать, что возрастной катезис от 0 до 20 лет при изучении вопросов профилактики злокачественных опухолей до последнего времени уделялось недостаточно внимания. Между тем именно в этом возрасте в организме возникают и накапливаются изменения, которые, наряду с более поздними, приводят затем к увеличению онкологической заболеваемости в возрастной группе свыше 40 лет. Отсюда задача разработки профилактических мероприятий с учетом возрастных

особенностей организма, которые могут способствовать либо, наоборот, препятствовать возникновению опухолей.

Можно ли говорить об определенном режиме жизни, который мог бы способствовать относительно низкой заболеваемости злокачественными опухолями? Несомненно, можно. Пример тому народности, у которых не принято курить, пить алкогольные напитки, делать аборт, отказываться от кормления детей грудью и пр. Характер питания, его регулярность, использование витаминов, очень низкая концентрация нитратов и нитритов в почве и питьевой воде — вот условия, которые, по-видимому, способствуют относительно низкой заболеваемости раком желудка.

Предупреждение преждевременной старости, несомненно, является одновременно противорако-

Первичная профилактика рака
(по Ильинскому А. и Соловьеву Ю., 1986)

Раздел ППР	Основная цель	Степень разработанности и возможность практического применения
Онкогенетическая профилактика	Выявление и устранение возможностей воздействия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, а также выявление и использование факторов среды, снижающих опасность такого воздействия	Наиболее разработанное и достаточно широко применяемое на практике направление. В настоящее время находит применение организационного оформления
Медико-генетическая профилактика	Выявление семей с наследственными опухолями и предопухолевыми заболеваниями, а также лиц с хромосомной нестабильностью и организацией мероприятий по снижению опасности возможного воздействия на них канцерогенных факторов	Успехи, достигнутые в этом направлении, позволяют перейти к созданию реальной системы медико-генетической профилактики опухолевых заболеваний
Иммунобиологическая профилактика	Выявление отдельных лиц и формирование контингентов с иммунологической недостаточностью и проведение мероприятий по ее коррекции и защите от возможных канцерогенных воздействий	Реальная разработка эффективных профилактических мероприятий
Эндокринологическая профилактика	Выявление дисгормональных состояний, а также возрастных нарушений гомеостаза, способствующих возникновению и развитию опухолей, и их коррекция	Необходима концентрация усилий для скорейшей разработки этого направления
Биохимическая профилактика	Предотвращение бластомогенного эффекта от воздействия канцерогенных факторов применением определенных химических препаратов, продуктов и соединений, а также биохимический мониторинг действия канцерогенов на организм человека	Направление находится на стадии накопления фактов, поиска и апробации эффективных путей профилактики накопления информации

важнейшей, так как мероприятия, связанные с нормализацией образа жизни, во многом совпадают с мерами профилактики рака. По мнению многих исследователей, воздействуя на механизмы старения, можно предупредить развитие ряда опухолей. Что еще важно, уровень заболеваемости злокачественными опухолями в районах долголетия относительно низок.

Биохимическая профилактика канцерогенеза. Речь идет о направленном биохимическом воздействии на механизмы канцерогенеза, комплексе мероприятий, связанных с использованием биохимических подходов для обнаружения канцерогенных и антиканцерогенных агентов и воздействия на организм с целью предотвращения или подавления развития опухолей.

В качестве примера приведем ингибирующий эффект рибофлавина при азоканцерогенезе, сопровождающийся изменением активности азоредуктазы, группы ферментов углеводного обмена и снижением связывания красителей с белками печени. Поскольку канцерогенез многостадийный процесс, биохимическое воздействие может оказаться эффективным на любой его стадии — инициации, промоции, формирования опухолей.

Роль витаминов в профилактике канцерогенеза. Витамины являются жизненно необходимыми, сравнительно простыми органическими соединениями, которые поступают в организм с пищей (частично, некоторые из них, синтезируются в организме человека), активируются в тканях, а на молекулярном уровне в составе многочисленных ферментных систем и белковых рецепторов, регулируют биокаталитические реакции обмена веществ, экспрессию клеточного генома, процессы роста, дифференцировки клеток и физиологические функции органов и тканей. За последние 10—15 лет накопились многочисленные экспериментальные и клинические данные, указывающие на выраженную антиканцерогенную активность ряда витаминов.

Витамины оказывают неспецифическое фармакодинамическое действие при комплексном лечении различных заболеваний. В связи с этим возникла клиническая витаминология. Витаминотерапия же в значительной степени носит профилактический характер и является превентивной терапией.

Каков смысл витаминотерапии при раке?

При злокачественных новообразованиях содержание витаминов снижено, а недостаток витаминов может, в свою очередь, способствовать развитию злокачественных новообразований, так как снижается сопротивляемость организма и повреждающим факторам. Важно еще и то, что в больном организме потребность в витаминах повышена, и могут появиться симптомы витаминodefицита, которые усугубляются под влиянием проведенного лечения (лучевой, химиотерапии). Широко применяемые бактериостатические средства обладают антивитаминными свойствами. Антибиотики и сульфаниламидные препараты нарушают обмен витаминов, а также снижают эндогенный синтез витаминов.

Здесь следует подчеркнуть, что особое значение принадлежит витаминам в обеспечении высоких иммунобиологических свойств организма, уровень которых у онкологических больных по вполне понятным причинам значительно снижен (они и заболевают раком, потому что иммунобиологический уровень у них значительно снижен). Показано, что результаты лечения онкологических болезней зависят не только от действия на опухоль лечебных факторов (хирургического, лучевого и химиотерапевтического), но и от состояния

защитных сил организма, использования средств, стимулирующих защитные возможности организма. Таким средством и являются витамины, способствующие нормализации нарушений обмена веществ, а также обладающие свойствами, направленными на обезвреживание токсинов, нейтрализацию поступающих в организм канцерогенов, стимулирование процессов регенерации и др.

Как витамины осуществляют свою защитную роль? Витамины осуществляют в организме функции катализа. В составе ферментов они катализируют реакции превращения белков, жиров и углеводов, активно регулируют многочисленные сопряженные друг с другом окислительно-восстановительные реакции, составляющие основу важнейших биологических процессов в организме. И в этом состоит участие витаминов в защите организма от воздействия вредных факторов. Витаминам также присущи иммуностимулирующие свойства. Витамины, обладающие широким спектром биохимической и биологической активности, могут влиять на различные звенья патогенетической цепи процесса канцерогенеза.

Ряд витаминов (аскорбиновая кислота — в водной фазе и бета-каротин, альфа-токоферол — в липидной фазе) участвует в активном устраниении в клетках «метаболических шумов» — перекисей, синглетного кислорода, свободных радикалов, которые могут необратимо повреждать структуру ДНК. Некоторые витамины (аскорбиновая кислота, рибофлавин, пиридоксин) предупреждают образование и накопление в организме и в пищевых продуктах ряда канцерогенов эндогенного и экзогенного происхождения.

Никотинамид активизирует репарацию ДНК. Витамин А (ретинол), его аналоги (ретиноиды) и некоторые каротиноиды подавляют действие промоторов канцерогенеза. Многие витамины (ретинол, холекальциферол, пиридоксин, фолатин) играют важную роль в процессах нормальной дифференцировки клеток, нарушение которой и является опаснейшим фактором риска превращения нормальных клеток в злокачественные. Целый ряд витаминов (ретинол, альфа-токоферол, пиридоксин, фолатин, аскорбиновая кислота) участвуют в формировании гуморального и клеточного иммунитета, активируют реакции иммунологического надзора и способствуют элиминации ограниченного числа возникающих злокачественных клеток.

Относительно широко оценено возможное онкопрофилактическое значение витамина А и аскорбиновой кислоты. Исследование роли других витаминов в первичной профилактике канцерогенеза находится на начальном этапе.

Витамин А и бета-каротин (провитамин А). Витамин А, его природные метаболиты и синтетические аналоги при пероральном применении или местной аппликации в значительной мере предупреждают или задерживают развитие злокачественных новообразований кожи, мочевого пузыря, молочной железы, ротовой полости, пищевода, поджелудочной железы и печени, индуцированных химическими канцерогенами (ультрафиолетом, вирусами). При ограниченном потреблении витамина А наблюдаются лейкоплакия ротовой полости и высокая частота метаплазии слизистой желудка. Витамин А и бета-каротин являются природными антиканцерогенами, высокое содержание которых в пище и в сыворотке крови в 2—3 раза в среднем снижает риск заболевания злокачественными новообразованиями головы и шеи, раком легкого, кишечно-желудочного тракта, молочной железы и шейки матки.

Защитное действие витамина А в отношении

...ротовой полости и гортани проли-
...как у некурящих, так и у курящих,
...рак пищевода — только у некуря-
...Снижение частоты заболевания раком шей-
...матки коррелировало с высоким потреблением
...бета-каротина, но не витамина А. С другой сто-
...роны, высокое потребление витамина А было
...единственным пищевым фактором, снижающим
...частоту заболевания рака молочной железы.

Учитывая наличие эндогенного барьера на
пути усвоения ретинола тканями и сравнительно
высокую токсичность препаратов витамина А,
в настоящее время следует, по-видимому, ре-
комендовать в целях онкопрофилактики использо-
вать преимущественно бета-каротин (провитамин
А). В отличие от ретинола и его эфиров бета-ка-
ротин практически совершенно нетоксичен, хоро-
шо депонируется в организме и служит в тканях
эндогенным источником насыщающих концентра-
ций ретинола. В дополнение к этому бета-каротин
защищает кожу от канцерогенного действия —
облучения и, возможно, играет особую роль в сни-
жении риска заболевания раком шейки матки.

Витамин С (аскорбиновая кислота). О его роли
было сказано выше.

Витамин Е (альфа-токоферол). Известно, что
альфа-токоферол, растворимый в жирах, подав-
ляет образование нитрозаминов в липидной фазе
клеток, проявляет свойство биологического синер-
гиста аскорбиновой кислоты, защищая мембраны
и ядерный аппарат клеток от воздействия липо-
фильных свободных радикалов, принимает актив-
ное участие в формировании пазушных реакций
организма.

Витамин D₃ (холекальциферол): действие уточ-
няется.

Витамины группы В. Дефицит рибофлавина
сопровождается развитием хронического воспали-
ния слизистой пищевода, которое может перехо-
дить в предрак и рак. Полагают, что высокая час-
тота заболевания раком пищевода у жителей ря-
да обширных районов Африки и Азии связана
с низким содержанием в рационе рибофлавина,
ниацина, магния и цинка. Дефицит этих витами-
нов и микроэлементов в сочетании с другими фак-
торами (частое употребление горячего, воздей-
ствие канцерогенных агентов) может, вероятно,
играть существенную этиологическую роль в за-
болевании раком пищевода.

Витамин B₃ (ниацин): пикотиновая кислота,
легко превращающаяся в организме в пикотип-
амид, обладает заметным фармакодинамическим
действием. Пикотипамид может оказаться хоро-
шим химиопрофилактическим средством, преду-
преждающим рак.

Витамин B₆ (пиридоксин): дефицит его яв-
ляется эндогенным фактором, повышающим риск
канцерогенеза.

Фолиевая кислота и ее коферментные формы
(фолаты) — то же.

Учитывая эти и другие сведения, мы приме-
няем витамины с целью профилактики рака и ле-
чения также осложнений лучевой и химиотера-
пии у онкологических больных.

Цель применения витаминов в этом случае:
дезинтоксикация — назначаем витамины B₂, B₆,
B₁₂, P, C, B₃, для нормализации картины крови —
B₂, PP, фолиевая кислота, B₆, B₁₂, повышение
иммунобиологической способности организма —
витамины A, рибофлавин, PP, C.

ПРОГНОЗ НА МАЙ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 2,
7, 11, 18, 19, 24, 28

Дни благоприятные 1, 5, 8, 9, 12, 14, 15,
16, 21, 22, 23, 27, 29, 30, 31

Дни повышенной конфликтности 3, 4,
6, 10, 13, 17, 20, 25, 26

Влияние на вашу волевою сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жиз-
ни 2, 3, 5, 10, 12, 15, 19, 21, 23, 27,
29, 30

Дни напряженки, трудные для контак-
тов и принятия решений 4, 6, 8, 11, 13,
17, 18, 24, 25, 28

Дни, требующие повышенной сосре-
доченности, осторожности 1, 7, 9, 14,
16, 20, 22, 26, 31

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышле-
ния 2, 7, 16, 21

Дни меньшей продуктивности мышле-
ния 4, 8, 10, 12, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 29

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и
путешествий 1, 2, 8, 14, 15, 21, 23, 27,
30, 31

Дни, особо неблагоприятные для поез-
док и путешествий 4, 6, 13, 17, 22,
26, 28

Дни повышенного травматизма 7, 9,
10, 11, 12, 20

Хатха-Йога — это часть философской системы йога, которая говорит о физической стороне человека. Предметом ее является забота о физическом теле, о его благосостоянии, здоровье, крепости, а также все то, что способствует поддержанию в человеке естественного и нормального состояния его здоровья.

Так определяет предмет нашего внимания пользующийся всемирной известностью вот уже почти столетие труд РАМАЧАРАКА «Хатха-Йога, или Йогическая философия физического благополучия», который предлагаем читателю в переводе йога РАМАНАНТАТИ. [Начало см. в № 1 и 2].

ГОЛОД И АППЕТИТ

Как было сказано, Голод и Аппетит — два совершенно различных стремления человеческого тела. Голод — это здоровое требование организма, нуждающегося в питании, аппетит же — извращенное желание пищи. Голод можно сравнить с румяными щеками здорового ребенка, Аппетит же — с накрашенным лицом модницы. А между тем большинство людей употребляют оба эти слова, как будто они означают одно и то же. Рассмотрим же в чем заключается разница.

В высшей степени трудно объяснить разницу ощущений или симптомов Голода и Аппетита обыкновенному среднему человеку, достигшему зрелости, так как большинство людей к этому возрасту уже успели заглушить свой естественный вкус, свой инстинктивный Голод, извращенный Аппетитом, в течение многих лет не испытывая чувства Голода, забыв вообще что это за чувство. Описывать же ощущение, которое читатель не может вызвать в своей памяти, чрезвычайно трудно. Можно описать звук человеку, обладающему нормальным слухом, с помощью сравнения его с каким-либо другим звуком, слышанным им; но представьте себе все затруднения, если вам нужно описать звук человеку, родившемуся глухонемым, или описать цвет слепорожденному, или дать понятное описание запаха тому, кто родился без чувства обоняния.

Для того, кто освободился от рабства у Аппетита, ощущения Голода и Аппетита представляются совершенно различными и легко отличимыми одно от другого, и в уме у него при упоминании того или иного слова возникают два совершенно различных представления. Но для современного цивилизованного человека «голод» означает источник аппетита, а «аппетит» — результат голода. Вследствие этого оба слова употребляются совершенно неправильно. Сейчас мы покажем это на привычных примерах.

Возьмем жажду. Каждый из нас знает естественную, здоровую жажду, требующую глотка холодной воды. Эта жажда ощущается ртом и горлом и может быть удовлетворена лишь тем, что предназначено для этого Природой — холодной водой. Эта естественная жажда во всем подобна Голоду.

Но насколько отличается эта жажда от желания выпить чая, кофе, лимонада, пива и прочих разнообразных напитков, которыми обыкновенно утоляют жажду в ресторанах. И как жажда отличается от желания выпить бокал пива, рюмку вина или какого другого спиртного, так и Голод отличается от Аппетита. Теперь

Иногда приходится слышать, как кто-нибудь говорит, будто ему «смертельно хочется» выпить стакан лимонада или рюмку виски. Между тем если бы эти люди действительно испытывали жажду, иными словами, если бы Природе в самом деле требовалась жидкость, то они прежде всего постарались бы добыть себе холодной воды, потому что только вода смогла бы утолить их жажду. Но нет, вода не утоляет жажду тех, кто хочет лимонада или водки. Почему?

Очень просто, потому что они ощущают не естественную жажду, а желание, аппетит, являющийся результатом извращенного вкуса. Раз имеется аппетит, значит, создалась определенная привычка, которую приходится удовлетворять*. Если понаблюдать за этими жертвами извращенной «жажды», то можно будет увидеть, что когда они действительно будут испытывать жажду, то захотят не содовой, а самой обыкновенной воды. Если каждый поразмыслит о самом себе, то поймет, что то же самое происходит и с ним.

Во всяком случае мы не предполагаем здесь читать лекцию о вреде спиртных напитков или проповедовать воздержание, но просто хотим показать разницу между естественным инстинктом и приобретенной привычкой или аппетитом. Аппетит — это приобретенная привычка еды или питья и ничего общего с настоящим Голодом или Жаждой не имеет.

Человек приобретает привычку к табаку в любой из его форм, или к спиртному, или к жевательной резинке, или к опиуму, морфию, кокаину и прочим наркотикам. А раз приобретенный аппетит становится сильнее естественной потребности в пище и питье, люди, как известно, иногда умирают от истощения, потому что истратили все свои деньги на спиртное или наркотические снадобья. Люди продают одежду своих детей, чтоб купить себе спиртного, и пускаются на воровство и убийство ради того, чтоб добыть денег для приобретения наркотиков.

Кто же станет называть эти ужасы именем Голода? А между тем мы продолжаем говорить и думать так, словно появляющееся у нас желание к тому или иному блюду заслуживает того, чтоб называть его Голодом, тогда как в большинстве случаев это приблизительно то же самое, что и позыв к наркотикам, курению или спиртному.

Животные обладают естественным голодом до тех пор, пока человек не испортит их, соблазняя сладостями и другими вещами, ложно называемыми пищею. Ребенок также обладает естественным голодом, пока его не развратят тем же самым путем взрослые. Естественный голод у ребенка заменяется приобретенными аппетитами. Степень этого зависит от того, насколько богаты родители ребенка. Чем они богаче, тем скорее ребенок приобретает ложный аппетит и тем больше его аппетиты. С годами же, делаясь старше, он совершенно теряет воспоминание о том, что значит настоящий Голод.

Неспроста в большинстве случаев люди говорят о Голоде как о неприятном ощущении, а не как о естественном инстинкте. Когда физические упражнения на свежем воздухе и жизнь среди природы дают людям ощущение физического голода, то они едят словно школьники, с тем удовольствием, какого не испытывали в течение многих лет. Они действительно чувствуют Голод и едят вовсе не потому, что привыкли

* Создавать себе привычки — ошибка [У. Патер].

этому, как делают они это дома, постоянно отягощая свой желудок.

Раз сообщалось в газетах о компании богатых людей, потерпевших крушение во время морской прогулки на яхте. Целых десять дней им пришлось жить почти впроголодь на пустынном острове. Когда их нашли, то они выглядели воплощением здоровья: на щеках играл румянец, взор был ясен, и всем им вернулся драгоценный дар испытывать здоровый, естественный Голод. Некоторые из них в течение нескольких лет страдали диспепсией, но десять дней поста совершенно исцелили их как от этого, так и от других подобных недугов.

Так как все это время они питались лишь впроголодь, то из организма были выведены все отходы, отравлявшие его. Остались ли они здоровыми и после, это зависит, разумеется, только от того, сменили ли они опять Голод на Аппетит.

Естественный Голод, как и естественная Жажда, дает о себе знать с помощью мышц рта и горла. Если человек голоден, то мысль или упоминание о пище вызывает своеобразное ощущение во рту, горле и слюнных железах. Нервы этих частей тела испытывают своеобразное ощущение: из желез начинает выделяться слюна, и вся эта область обнаруживает желание быть примененной в дело. Желудок обыкновенно не выказывает никаких симптомов и вообще ничем себя в это время не проявляет. Человек просто испытывает желание съесть что-нибудь питательное. Никакого ощущения тошноты, пустоты, беспокойства, верчения в желудке в это время не бывает.

Все эти симптомы характерны как раз для Аппетита, требующего, чтобы раз и навсегда установленная привычка была удовлетворена. Замечали ли вы, что привычка к спиртному проявляет себя в тех же симптомах? Это вожделение и чувство «опустошенности» характерны именно для обеих форм извращенного аппетита. То же самое испытывает и человек, привыкший к курению или жеванию табака.

Нередко приходится слышать, как человек удивляется, почему никто не может приготовить такого вкусного обеда, «какой в прежние времена готовила его мать». И знаете, почему? Единственно только потому, что вместо бывшего естественного Голода он ощущает теперь извращенный аппетит; и, конечно же, не испытывает от пищи прежнего удовлетворения, с той поры как стал есть под давлением Аппетита, т. е. в силу раз заведенной привычки, ибо это делает былую домашнюю трапезу попросту невозможной.

Если же человек начнет культивировать в себе Голод и отбросит Аппетит в сторону, то он снова будет испытывать от еды то удовольствие, какое получал во времена юности, а повара вновь станут готовить ему так же, как готовила мать, когда он был мальчиком. Вас, быть может, все это удивляет, и вы недоумеваете, какое, собственно, отношение имеет все сие к Хатха-Йоге, не так ли?

Так вот, дело в том, что йоги безвозвратно победили в себе Аппетит и позволяют проявляться в себе лишь Голоду. Как следствие они получают наслаждение от каждой пригоршни пищи. Даже от корки черного хлеба они получают питание и удовольствие. Йог ест, как не умеют есть обыкновенные люди, о чем речь пойдет у нас ниже. Йог, отнюдь не будучи изможденным аскетом, получает от еды истинное удовольствие, ибо все блюда его приправлены самым приятным соусом — Голодом.

ПОГЛОЩЕНИЕ ПРАНЫ ИЗ ПИЩИ

Хитрость Природы в комбинировании различных средств для достижения одной цели и в умении сделать необходимое приятным проявляется в бесконечно большом количестве случаев. Один из самых поразительных примеров этого рода будет приведен в этой главе. Мы сейчас увидим, как Природа исполняет несколько дел одновременно и как умеет она сделать приятными необходимые для человеческого организма функции.

Начнем с теории йогов об усвоении Праны из пищи. Теория эта утверждает, что в пище как человека, так и животных содержится известная форма Праны, которая совершенно необходима для поддержания в человеке силы и энергии, и что эта форма Праны поглощается из пищи нервами языка, рта и зубов. Жевание пищи высвобождает эту Прану, размельчая частицы пищи на мельчайшие кусочки и передавая их таким образом в виде многочисленных атомов Праны языку, рту и зубам.

Каждый атом пищи содержит в себе большое количество электронов пищевой праны, или пищевой энергии, причем электроны эти освобождаются при пережевывании пищи и под химическим действием некоторых сложных компонентов слюны. Присутствие этих пранических электронов не подозревалось современными учеными, и они неразличимы даже и для современной химии, но будущие исследователи научно докажут, что электроны эти действительно существуют.

Высвободившись из пищи, эта пищевая Прана передается нервам языка, рта и зубов, быстро проходит по мягким тканям и костям и попадает в многочисленные склады нервной системы, откуда по мере надобности она затем передается во все части тела, где идет на увеличение энергии и жизненной силы клеток. Вот в общих чертах эта теория, подробности которой мы постараемся давать по ходу дела.

Читатель, быть может, удивится, зачем нужно добывать Прану из пищи, когда воздух буквально перенасыщен ею, и Природа лишь понапрасну тратит время и труд, добывая Прану из пищи. Вот, однако, объяснение. Как все электричество — электричество, так и вся Прана — только Прана; но как есть различные виды электрических токов, оказывающих на человеческий организм совершенно различное действие, точно так же существует и несколько проявлений или форм Праны, каждое из которых исполняет в физическом теле определенную работу и которые все необходимы для исполнения самых различных видов работы.

Прана из воздуха выполняет одни функции, Прана из воды — другие, а та, что добывается из пищи, служит для исполнения третьих. Вдаваться в подробные объяснения теории Йоги здесь не место, поэтому ограничимся лишь общими положениями. Главным пунктом для нас является то, что пища содержит в себе Прану, которая необходима человеческому телу и получить которую можно лишь путем тщательного пережевывания пищи, вследствие чего делается возможным поглощение этой Праны нервами языка, рта и зубов.

Теперь рассмотрим намерение Природы, сочетающей две важных цели в акте жевания и насыщения пищи слюною. В первую очередь Природа стремится к тому, чтобы каждый кусок пищи был хорошо разжеван и пропитан слюною, прежде чем он будет проглочен, и пренебрежение этим отзывается на всем пищеварении, которое в таком случае становится не вполне 21

нормальным. Однако жевание — естественная функция человека, которой он стал пренебрегать вследствие противоестественных условий и требований, создаваемых цивилизованной жизнью.

Жевание необходимо для того, чтобы размельчить пищу — это облегчает ее проглатывание, а также улучшает ее пропитывание слюной и пищеварительными соками желудка и тонких кишок. Жевание вызывает выделение слюны, что является одной из необходимых ступеней пищеварительного процесса. Слюна совершает ту часть работы, которую не может совершить никакой другой пищеварительный сок. Физиологи утверждают самым положительным образом, что пережевывание пищи и насыщение ее слюною являются пред-условиями нормального пищеварения и составляют необходимую часть всего пищеварительного процесса. Некоторые же специалисты пошли еще дальше и уверяют, что пережевывание пищи и пропитывание ее слюною имеют гораздо большее значение, чем полагают физиологи.

Один из авторитетов в этом вопросе, Горас Флетчер, американский ученый, приводит поразительные доказательства важности этой функции в жизнедеятельности тела. В действительности же г-н Флетчер советует жевать особым образом, который почти совпадает в данном случае с тем, как принято это делать у йогов. Разница лишь в том, что Флетчер рекомендует свой способ, потому что он оказывает самые благоприятные последствия на пищеварение, йоги же делают это для поглощения из пищи Праны. Но главное заключается в том, что как тот, так и другие идут на встречу желаниям Природы, требующей, чтобы пища была разжевана как можно мельче.

Пищеварительный процесс, облегченный обильным количеством слюны, и происходящее одновременно поглощение пищевой Праны дают вместе с тем и большую экономию в расходовании сил. Для вполне нормального человека жевание пищи является приятным процессом, то же самое испытывают животные и дети. Животное жует и пережевывает свою пищу всегда с видимым наслаждением, и ребенок сосет, жует и держит все во рту гораздо дольше, чем взрослый, пока, наконец, родители не начнут учить его есть, как едят все. Флетчер утверждает, что жевать пищу заставляет нас вкус, который дает нам удовольствие от принятия пищи.

По теории же йогов, помимо вкуса, действительно играющего здесь весьма важную роль, есть и еще нечто неясное, некое неопределенное чувство удовлетворения, получаемого от держания пищи во рту; оно-то и заставляет нас пересертывать ее языком, пережевывать, сосать и потом уже совершенно размельченной незаметно для себя проглатывать. Флетчер полагает, что, пока в пище сохранилась хоть частица вкуса, в ней имеются еще питательные вещества, и в данном случае, мы считаем, он совершенно прав.

Но мы все-таки думаем, что, помимо этого, есть еще и то ощущение, которое, если мы научимся находить его, даст нам удовлетворение от долгого непроглатывания пищи, и это ощущение, утверждаем мы, продолжается до той поры, пока из пищи не выделится вся ее Прана. И если вы будете (хотя бы частично) следовать тому способу еды, какого придерживаются йоги, то вы легко сможете понять, почему они, вместо того чтобы сразу проглатывать пищу, по-долгу держат ее во рту, позволяя ей таять и растворяться. И каждый может уловить это ощущение как

22 от той пищи, которая ничего собою особенного по

вкусу не представляет, так и от той, которая пользуется вашим особым предпочтением.

Описать это ощущение почти невозможно, так как в языках европейских народов нет слов для этого, да и само ощущение далеко не признано западными ра-сами. Лучшее, что мы можем сделать, это привести сравнение, рискуя при этом показаться даже смешными. Вот что мы имеем в виду: вам, должно быть, знакомо то ощущение, какое иногда можно испытать в присутствии особо «магнетической» личности — это неопределимое ощущение заключается в том, что чувствуешь, как получаешь от нее силу и жизненность.

У некоторых людей в организме так много Праны, что они постоянно делятся ею с другими, передают ее другим, результатом чего оказывается, что люди любят находиться в их обществе и крайне неохотно удаляются от них, просто не имеют сил от них оторваться. Это один пример. Другое ощущение — это то, какое испытывает человек, находясь вблизи того, кого он любит. В таком случае происходит обмен «магнетизмом» (мыслью, насыщенной Праной), что действует весьма ободряюще. Поцелуй, сорванный с губ возлюбленной пронизывает человека «магнетизмом», по телу пробегает трепет с головы до пят.

Все эти примеры дают еще не вполне ясную картину того, что мы хотим сказать. Удовольствие, которое мы получаем, если едим правильно, объясняется не только одним удовлетворением вкуса, но и в особенности наличием того странного, своеобразного ощущения, какое мы испытываем во время поглощения «магнетизма» или Праны из пищи, что очень сильно напоминает ощущения, о которых упоминалось в предыдущих примерах, хотя, пока человек не почувствовал сходства в характере обоих проявлений энергии, сравнения могут вызвать улыбку или даже смех.

Кто победит в себе ложный Аппетит (столь часто принимаемый за Голод), тот сумеет, даже жуя сухую корку хлеба, вобрать в себя содержащуюся в ней питательность и не только получит известное удовольствие от ее вкуса, но и живо испытает то ощущение, о котором мы только что сказали. Для того чтобы отыскнуть от ложного аппетита и возвратиться к естественному голоду, требуется известная практика. Наиболее питательная пища будет наилучшим образом удовлетворять нормальному вкусу, причем нужно помнить, что пищевая Прана содержится в пище в прямой зависимости от ее питательности — еще один пример мудрости Природы.

Йог ест свою пищу, медленно, пережевывая ее до тех пор, пока он «чувствует ее», т. е. пока она дает ему известное вкусовое ощущение. В большинстве случаев это ощущение продолжается все время, пока пища находится во рту, так как Природа требует, чтобы пища растворялась медленно и медленно же проглатывалась. Йог двигает своими челюстями медленно, так сказать, лаская пищу языком, и зубы погружают в нее любовно, ибо он понимает, что, извлекая из нее пищевую Прану с помощью нервов рта, языка и зубов, он тем самым укрепляет и усиливает себя самого и пополняет запасы энергии в своем организме.

В то же самое время йог сознает, что он своим образом подготавливает свою пищу к перевариванию в желудке и тонком кишечнике и доставляет своему телу строительный материал, необходимый для восстановления его клеток.

Тот, кто будет при приеме пищи следовать способу йогов, получит из нее гораздо больше питательности, чем обыкновенный человек, так как каждая у-

ция пищи от- тогда как у т- жеванной и- будет пропад- в виде брод- со способом- виде отбросо- дая частица- сте с нею из- большее коли-

Пережевы- частицы, позв- в ней свою р- оказывать на- ствие, чтобы- рая впитывает- мое пище п- щек во врем- ее приходить- щающими во-

Йоги уде- тельно переж- глатывается п- ной мере исп- щения Праны- взяв в рот ку- тот таял во р- лены тому, н- ие пищи, в п- Прану, затем-

Возьмите, тельно жевать- времени, пре- вам вовсе не- новенно дела- степенно, нез- сперва в мяг- каждый получ- если он съес- поглощенной- ше, чем всегд-

Другой и- локом. Молок- дается в изме- И все-таки ос- тами факт, что- и половины то- от того же кол- задерживая на- Ребенок, сося- время двигает- ток жидкости- питательность- у ребенка нач- прорежутся зу-

Советуем на собственно- начните медл- пенно таять в- проглатывая е- только тогда- кашницу, насы- из нее выде- съест таким- в ваш органи- вы съели кан- Мы отли- времени, что-

...пищи отдаст ему максимум своей питательности, тогда как у того, кто проглатывает пищу лишь полупро-
сванной и недостаточно смоченной слюною, многое
будет пропадать даром и проходить через организм
в виде бродящей и гниющей массы. В согласии же
со способом йогов, ничто не выходит из организма в
виде отбросов, кроме действительно отбросов, и каж-
дая частица питательности извлекается из пищи, а вме-
сте с нею из атомов ее поглощается и значительно
большее количество пищевой Праны.

Пережевывание размельчает пищу на мельчайшие
частицы, позволяя слюне проникать в нее и исполнять
в ней свою работу, а другим пищеварительным сокам
оказывать на атомы пищи такое химическое воздей-
ствие, чтобы они освобождали пищевую Прану, кото-
рая впитывается нервной системой. Движение, сообщаемое
пище под влиянием работы челюстей, языка и
щеки во время жевания, заставляет все новые атомы
ее приходить в соприкосновение с нервами, погло-
щающими во рту пищевую Прану.

Йоги удерживают пищу во рту, медленно и тща-
тельно пережевывая ее до тех пор, пока она не про-
глатывается почти невольно, что позволяет им в пол-
ной мере испытать ощущение наслаждения от погло-
щения Праны. Каждый может проверить это на себе,
издав в рот кусок пищи и медленно жуя его так, чтобы
он таял во рту, подобно куску сахара. Вы будете удив-
лены тому, как почти незаметно производится глота-
ние пищи, в процессе чего она постепенно отдает свою
Прану, затем медленно тает и достигает желудка.

Возьмите, например, кусок хлеба и начните тща-
тельно жевать его, чтобы посмотреть, сколько пройдет
времени, прежде чем вы его проглотите. Окажется,
вам вовсе не придется «глотать» его, как вы то обык-
новенно делаете, когда едите; хлеб будет исчезать по-
степенно, независимо от вашей воли, превратившись
сперва в мягкую кашу. И из такого куска хлеба
каждый получит питательности в два раза больше, чем
если он съест его обычным порядком, а количество
поглощенной пищевой Праны будет в три раза боль-
ше, чем всегда.

Другой интересный опыт можно проделать с мо-
локом. Молоко — жидкость и, конечно же, не нуж-
дается в измельчении, как того требует твердая пища.
И все-таки остается точно установленный эксперимен-
тами факт, что кружка молока, выпитая залпом, не даст
и половины той питательности, какую можно получить
от того же количества молока, если пить его медленно,
задерживая на мгновение во рту и касаясь его языком.
Ребенок, сосая молоко из груди или из бутылки, все
время двигает языком и щеками, что производит при-
ток жидкости из желез, и таким образом увеличивает
питательность молока даже несмотря на то, что слюна
у ребенка начинает выделяться только после того, как
прорежутся зубы.

Советуем нашим читателям убедиться во всем этом
на собственном опыте. Выберите свободное время и
начните медленно жевать, предоставляя пище посте-
пенно таять во рту, вместо того чтобы делать усилие,
проглатывая ее. Невольное глотание пищи возможно
только тогда, когда она превращена в полужидкую
кашу. Насыщенную слюной, и лишь после того, когда
из нее выделилась вся пищевая Прана. Попробуйте
съесть таким образом яблоко — и вы увидите, что
ваш организм как будто влилась новая сила, словно
вы съели какое-то весьма питательное блюдо.

Мы отлично понимаем, что йог имеет достаточно
времени, чтобы есть свою пищу таким именно обра-

зом, и что это гораздо труднее постоянно занятому
человеку Запада, и мы не ожидаем, что все наши чи-
татели разом изменят привычный образ питания. Но мы
уверены, что если кто-нибудь время от времени ста-
нет подражать йогом, то несомненно улучшит свой спо-
соб пережевывания пищи, а это в положительную
сторону отразится на его здоровье.

Кроме того, мы знаем, что такой человек испы-
тает новое удовольствие во время еды и вскоре на-
учится есть «с любовью», т. е. почувствует желание
не проглатывать пищу как можно скорее. Целый мир
вкуса откроется такому человеку и он получит от еды
гораздо больше удовольствия, чем прежде, не говоря
уже о том, что у него улучшится пищеварение и при-
бавится энергии, так как он станет получать больше
питательности и большее количество праны.

И всякий, у кого хватит терпения довести опыт
нового питания до того времени, когда тот сможет
дать результаты, станет получать почти невероятное
количество питания и силы от сравнительно неболь-
шого количества пищи, так как он ничего не будет
терять напрасно. Каждый, кто страдает дурным пище-
варением и малой жизнеспособностью, если последует
такому способу питания, может убедиться в этом на
себе.

Йоги известны своей воздержанностью в пище, но
тем не менее они вполне понимают значение и необ-
ходимость питания и постоянно доставляют своему
телу нужный строительный материал. Тайна их, как вы
могли видеть, заключается в том, что они извлекают
из пищи фактически все, что в ней есть питательного.
Они не перегружают своего организма ненужным
материалом, приносящим ему только вред и заставля-
ющим тратить лишнее количество энергии на то,
чтоб от него освободиться. Они получают максимум
питательности из минимума пищи и огромное количе-
ство Праны из небольшого количества материала.

Если читатель и не в состоянии во всем следовать
указаниям, как принимать пищу, он все-таки может
принести себе большую пользу, следуя этим указа-
ниям хотя бы отчасти. Здесь даются только общие
принципы, читатель же сам должен делать опыты, так
как только таким путем можно чему-нибудь научиться.

Не раз говорилось, что душевное состояние имеет
большое влияние на процесс поглощения Праны. Это
справедливо не только в отношении к пране, получае-
мой из воздуха, но так же и к той, что добывается из
пищи. Всегда помните о том, что вам необходимо
усвоить всю Прану, содержащуюся в каждой горсти
пищи, а также о том, что вы доставляете телу необ-
ходимое ему ПИТАНИЕ, и тогда вы будете в состоя-
нии сделать гораздо больше того, что вы делали
до сих пор.

О ПИЩЕ

Вопрос о выборе пищи мы хотим оставить откры-
тым: предоставим нашим читателям самим решать, что
им всего более подходит. Хотя йоги и предпочитают
известный род пищи как наиболее питательный, но бы-
ло бы, мы полагаем, бессмысленным пытаться сразу и
вдруг изменить привычку целой жизни (а вернее даже,
и привычку многих поколений), тем более что человек
должен руководствоваться более собственным опытом
и своими все возрастающими знаниями, нежели дог-
матическими утверждениями других. Скажем только,
что йог предпочитает питаться растительной пищей,
во-первых, по гигиеническим соображениям, и кроме 23

того, что отращивания жителей Востока к мясу животных.

Наиболее серьезные последователи Йоги питаются фруктами, орехами, оливковым маслом и тому подобными вещами вместе с пресным хлебом грубого помола. Но когда им приходится путешествовать или находиться среди людей, питающихся иначе, они меняют свои привычки; не желая стать в тягость хозяевам, а также зная, что если они будут пережевывать пищу медленно, то всегда получат наибольшее количество питательности, все равно что бы они ни ели. И в самом деле, следуя способу йогов, можно безопасно есть даже самые неудобоваримые вещи, присутствующие в современном меню западных народов.

Мы не намерены давать нашим читателям какие-либо произвольные правила, человек должен сам постепенно дорасти до более рационального способа питания, не испытывая на себе внезапного и грубого давления. Трудно перейти на растительную пищу человеку, который всю жизнь ел мясо, равно как и трудно начать есть все в сыром виде, если до сих пор привык есть все только вареным или жареным. Было бы желательно, чтобы в выборе пищи каждый доверился собственному инстинкту, и разнообразил бы ее как можно более.

Инстинкт, если руководиться им, всегда заставит человека выбрать то, что ему больше всего нужно, и поэтому гораздо лучше положиться на инстинкт, чем связывать себя самого с какой-нибудь неизменной, раз навсегда установленной диетой. Пусть каждый спокойно ест то, что ему больше всего нравится, и возможно больше разнообразит свою пищу, не забывая, однако, при этом о том, что ее следует хорошо и медленно пережевывать.

Мы будем говорить о тех немногих вещах, которые человеку разумному следует избегать, но и это не более как общий совет. Относительно мясной пищи мы думаем, что человечество постепенно откажется от нее, но придерживаемся мнения, что каждый человек должен изжить в себе желание мяса, а не просто подавить в себе инстинкт, так как если он перестанет есть мясо, но в то же время его будет «тянуть» к нему, то в конце концов это почти то же, как если бы он его ел. Человек когда-нибудь дорастет до сознания вреда мясной пищи, пока же это время не наступило, никакие запрещения не принесут пользы.

Мы уверены, что многие из читателей сочтут, будто это преувеличение, но мы ничего не можем поделать: все, что мы говорим, основано на опыте. Если кто-нибудь интересуется преимуществами той или иной пищи, то пусть он прочтет сочинения по гигиене питания, изданные за последние годы. Пусть только он читает разных авторов и не увлекается кем-то одним. Важно и интересно читать все, что написано относительно сравнительной полезности различных пищевых продуктов, стоящих у нас на столе, поскольку познания в этой области помогут каждому ориентироваться в вопросе о том, что следует есть, и это же даст возможность расширить свое ежедневное меню. Но перемена кушанья прежде всего должна быть основана на опыте и на размышлении, а не на словах одного какого-нибудь авторитета, у которого имеется свой любимый конек.

Мы подсказываем нашим читателям мысль, что каждый из них должен для себя решить, не слишком ли много он ест мяса, не ест ли он слишком много жирного, достаточно ли съедает он фруктов, не следует ли ему прибавить к своей ежедневной пище хлеб, испеченный из немолотой пшеницы, но слишком

ли он злоупотребляет сладким и ресторанными блюдами. Если бы нас спросили, что есть, мы сказали бы:

«Ешьте пищу по возможности разнообразную, избегайте многокалорийных кушаний, не ешьте много жирного, берегитесь жареного, не ешьте слишком много мяса, в особенности избегайте свинину и телятину; старайтесь приучать себя к простой пище, а не к утонченным яствам; не злоупотребляйте сладостями; исключите из вашего меню горячие кексы; тщательно и медленно пережевывайте каждый кусок пищи, как то было указано ранее; но в общем не бойтесь никакой пищи, так как если вы будете есть ее подобающим образом, то она не причинит вам вреда».

Мы полагаем, что первый завтрак должен быть очень легким, так как после ночного отдыха в теле по утрам еще весьма мало полнокровия, нуждающихся в ремонте, а значит, и нужда в строительном материале меньшая. Если есть время и возможность, сделайте перед едой физические упражнения.

Если вы возвратитесь к тому способу пережевывания пищи, который установлен вам самой Природой, и испытаете то ощущение, какое возникает при правильной еде, то противоестественный аппетит, приобретенный вами, исчезнет сам собой и заменится здоровым голодом. Если же к вам возвратится голод, то уже инстинкт тогда подскажет вам выбор питательного блюда, и вы будете испытывать склонность и желание съесть именно то, что вам наиболее полезно. Инстинкт человека — лучший его проводник, если только он не испорчен употреблением тех нездоровых блюд, которых так много в наше время и которые порождают фальшивый аппетит.

Если вы ощущаете, что ваше здоровье не совсем в порядке, вы можете смело уменьшить свою дневную порцию и дать желудку большую свободу. Не причиняя вреда своему здоровью, можно прожить без еды несколько дней, хотя мы и не рекомендуем продолжительных постов. Тем не менее во время болезни мы советуем дать желудку отдых, чтобы вся энергия организма могла быть направлена на удаление отходов, послуживших причиной недуга. Животные, как вы можете заметить, всегда прекращают есть, когда больны, и лежат неподвижно, пока болезнь не пройдет, и лишь тогда принимают за еду. Людям следует взять себе этот урок за правило, так как от этого ничего, кроме добра, не будет.

Нам бы ни в коей мере не хотелось и того, чтобы читатели превратились в «пищевых маньяков», взвешивающих, обмеряющих и анализирующих каждый кусок, подносимый ко рту. Мы считаем такое поведение ненормальностью, оно вредно отзывается на инстинкте, который заражается всякими странными привычками. Мы полагаем, что гораздо лучше принимать только необходимые меры предосторожности при выборе пищи, а после уже не заниматься этим вопросом вовсе и есть с мыслью о том, что пища дает питание и силу и, пережевывая ее по указанному ранее способу, верить, что природа сделает все остальное. Нужно как можно больше придерживаться природы и принять ее правила за главные принципы.

Сильный, здоровый человек не боится пищи, и ничто не может случиться с тем, кто желает оставаться здоровым. Нужно всегда быть жизнерадостным, дышать чистым воздухом, есть как предписывает Природа, жить чисто, и тогда не придется делать химический анализ каждому куску. Не следует бояться довериться инстинкту, он в конце концов естественный руководитель человека.

Обр
смотр
вье», М
В ч
ние во
нию уч
ритуаль
происхо
рофизио
погенци
дивидов
ский ме
Ряд
Е. Чанп
индивид
а также
ей основ
различно
(НСС), в
нить ее.
ритмы, б
ная, как
цессов. С
ность мо
ских про
Сущест
ные ритм
кам альфа
а также
церах), п
хронизато
муляция
тенденции
ствует у
войти в П
мом мозга
стоит в вы
организма,
стоящая в
Особенн
процесса ка
синхрониза
ла, других
влияющих
сознания, и
активность
ных вытес
поминании
нашей пам
гических д
«АНАТОМ
Как у
внутриорг
ферийной,
(АПС), ко
функции
ществован
(СНС) и
стане мо

А. А. Белик

ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ
СОЗНАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Часть II

Обратимся теперь к более детальному рассмотрению этих явлений (начало см. «Твое здоровье», № 2/91).

В чем основа транса, его функция и назначение во внутриорганических процессах? По мнению ученых, например Б. Леке (Нейробиология ритуального транса, 1979), «ритуальный транс... происходит из манипуляций универсальными нейрофизиологическими структурами, содержащимися потенциально в поведении всех нормальных индивидов и функционирующих как гомеостатический механизм для индивидов и групп».

Ряд зарубежных исследователей, в том числе Е. Чанга, автор книги «Культура и биологический индивид», утверждают, что дисфункции индивида, а также разобщенность внутри группы имеют своей основой «эмоциональную асинхронность». Цель различного рода измененных состояний сознания (ИСС), в том числе ритуального транса, — устранить ее. Е. Чанг рассматривает «музыкальные ритмы, будь то ритуальная музыка или современная, как синхронизаторы внутриорганических процессов. Синхронизируются: биоволновая активность мозга, рассогласованность внутриорганических процессов самого различного уровня».

Существенную роль в этом играют музыкальные ритмы, близкие по частотным характеристикам альфа-ритму человеческого мозга (8—14 Гц), а также вспышки света (например, на рок-концертах), которые также являются отличным синхронизатором биологических процессов. Такая стимуляция приводит к активации эпилептоидной тенденции, которая в скрытом состоянии присутствует у каждого человека и дает возможность войти в ИСС, вплоть до транса, вызываемое спазмом мозга. Назначение транса в этом случае состоит в выключении на время отдельных систем организма, в переводе его из активного состояния в пассивное.

Особенно хотелось бы подчеркнуть, что этот процесс касается не только мозга и ЦНС, но и синхронизации ритмов мускульной активности тела, других процессов внутри организма, осуществляющихся автоматически — без участия нашего сознания, воли, например, газообмен, сердечная активность и т. д. Их надо отличать от неосознанных вытесненных, просто забытых влечений, воспоминаний, в латентном виде сохраняющихся в нашей памяти, в том числе в виде психофизиологических доминант.

«АНАТОМИЯ» ВОЗДЕЙСТВИЯ

Как уже было сказано, автоматизированные внутриорганические процессы регулируются периферийной, или автономной, нервной системой (АНС), контролирующей эмоции и вегетативные функции. Для нашего анализа особенно важно существование двух подсистем в ней: симпатической (СНС) и парасимпатической (ПНС). Взаимодействие между ними определяет баланс между ак-

тивностью и пассивностью в организме. Стимуляция ПНС ведет к расслаблению, ко сну, а СНС — к активизации организма. Таким образом, они выполняют важную роль в переходе человека из активного состояния в пассивное и, что не менее важно, из пассивного в активное.

Эти системы находятся в состоянии динамического взаимодействия, то есть стимуляция одной приводит в движение другую. А баланс между ними отражает индивидуальные эмоциональные характеристики человека. В 70-х годах в исследованиях среди американцев было выделено 5 типов такого баланса, но типология — вопрос и дальнейших психо-культурных исследований. Существование различных типов такого баланса могло бы объяснить как разнообразие способов вхождения в транс в различных культурах, так и почему некоторые люди не входят в транс при помощи техники, распространенной в их культуре?

Подсистемы АНС имеют лишь относительную самостоятельность (поскольку они интегрированы с остальными системами организма), и стимуляция их вызывает ответ, ведущий к соматическим изменениям. Например, учащение ритма дыхания, увеличение частоты пульса под влиянием громкой музыки и вспышек света ведут к повышению тонуса мышц, активации выделения гормональных веществ и т. д. Поэтому точнее говорить об автономно-соматической системе, эрготропной и тропотропной функциональных подсистемах, обеспечивающих переход от энергосберегающего к энергосберегающему поведению, и наоборот.

Как же идет процесс гармонизации, «настройки» рассогласованных систем в организме? По мнению Гейхорна, она может быть достигнута прямой стимуляцией симпатической и парасимпатической систем, использованием препаратов активизирующих или блокирующих одну или другую систему. Рассмотрим, как же идет этот процесс при стимуляции одной из них.

Можно выделить три этапа этого процесса. При стимуляции того или иного вида на первом этапе активность одной системы растет, в то время как другой — падает. При продолжении стимуляции активизированная система достигает такого порога, когда наступает парадоксальная реакция — инверсия (обратное состояние), и тогда стимул, который уменьшал активность противоположной системы, наоборот, увеличивает ее.

Дальнейшее продолжение стимуляции ведет к разрядке, высвобождению напряжения, накопившегося в результате сверхстимуляции. Третья стадия есть согласование противоположных тенденций. Ее характеризуют такие нормальные физиологические состояния, как оргазм, сон в активной фазе, а также такие приобретенные элементы поведения, как медитация (Йога и Дзен), экстатические состояния, наконец, психосоматические расстройства и психозы.

Так, стимуляция АНС ведет к разнообразным изменениям в организме, а в конечном счете и регулирует поведение человека. При этом воздействие может оказываться на различном уровне: социальном (слово, символ), социально-психологическом (влияние скопления народа), внутриорганическом (химические препараты), физическом (непосредственная стимуляция звуком, светом).

В ритуале, как и в психотерапии (индивидуальной и коллективной), используется воздействие на человека в различных формах, и чаще всего комплексное. Соответственно и изменения происходят на различных уровнях взаимодействия «я — другие». Как же происходит этот процесс, который ведет к манипуляции нейробиологическими структурами организма?

В процессе воспоминания и выражения в устной речи, а также в эмоционально окрашенном действии (путем выразительных движений — жестов, поз, мимики) личность освобождается от подавленных неприятных ощущений. Самый простой пример — выговориться на исповеди. Происходит вытеснение заторможенных травмирующих переживаний, изображение себя в прошлом состоянии и согласование себя «другого» — с настоящим «я». Этот прием может применяться как в индивидуальной, так и групповой психотерапии. Совокупность различных приемов применяется и в ритуалах, и в массовой психотерапии.

Рассмотренный способ состоит в направлении воздействия от АНС к изменению состояния сознания. Но в случае аутотерапии, медитации способ достижения ИСС обратный — от сознательного уровня к АНС. Как уже отмечалось, большинство внутриорганических процессов осуществляются без участия сознания. Но некоторые важнейшие процессы, регулируемые АНС, могут быть одновременно и предметом сознательного контроля.

Наиболее важным в этом отношении является дыхание. Мы можем произвольно менять частоту и ритм этого процесса, а поскольку дыхание одновременно регулирует и АНС, возможно образовать обратную связь с ней в организме. По мнению ученых, различные способы дыхания — непременное, хотя достаточное, условие для вхождения в ИСС. То же можно сказать о движениях, позах, жестах человека. Они могут быть произвольными, но возможно специально контролировать.

Соединение дыхания и специальных упражнений — дыхательная гимнастика — вот общая основа ритуалов многих систем терапии. Если к этому добавить воздействие словом, концентрацию внимания на тех или иных процессах в организме, это и будут основные «кирпичики», исходные принципы аутотерапии и некоторых форм групповой психотерапии. Особую роль здесь играют «выразительные движения» (позы, жесты и т. д., связанные с выражением эмоций), осуществляющие невербальную коммуникацию. Современные исследования в рамках «этологии человека» показали этот аспект взаимодействия и в коммуникации в целом, и в разрядке собственных агрессивных импульсов в форме культурно приемлемой.

Многочисленное повторение поз, жестов, проговаривание словесных формул способствуют воздействию на внутриорганические процессы. С этим и связаны строгая регламентация ритуалов в религии, такие как комплекс упражнений в дигуни, последовательность определенных движений в сеансе коллективной медитации, те или иные положения тела в половом акте.

НЕЙРОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС ОБЩНОСТИ?

Итак, ритуал, как групповая терапия (а также 26 аутотерапия), воздействуя на регуляцию внутри-

органических процессов, может привести к соматическим изменениям, в том числе в биохимической активности в организме. Дело в том, что процессы, протекающие в организме, исследуются с точки зрения функционально-физиологической, включающей и биохимическую нейрогуморальную регуляцию. Открытие в 1975 г. эндорфинов — веществ, содержащихся в нашем организме и действующих аналогично опиуму, дало новый толчок исследованиям. Хотя еще много неясного и неисследованного, но уже сейчас можно утверждать, что эндорфины играют существенную роль в механизмах обезболивания, сердечной регуляции, в эндокринной активности, а также в сложных регулятивных системах, контролирующих движения, память, аффекты.

В связи с исследованиями роли эндогенных продуцируемых организмом опиатов хотелось бы отметить два обстоятельства. Один из видов эндорфинов связан с гормоном, стимулирующим загар, с реакциями на свет (вспомним вспышки света на рок-концертах). С другой стороны, в связи с эффектом плацебо (обезболивание пустой таблеткой) было экспериментально подтверждено, что «на физиологические процессы может влиять вера индивида» (Энциклопедия мозга Оксфорд, 1987).

Открытие эндорфинов получило живейший отклик в психологической антропологии. Это выразилось и в проведении специальной конференции «Шаманизм и эндорфины» (1980, Монреаль), на которой антропологи обсуждали эту сложную проблему вместе с нейрехимиками. С открытием эндорфинов начался поиск нейрехимического коррелята, важнейших процессов, происходящих в организме человека во время ритуалов шаманистского типа и в ИСС в целом, был сделан еще один шаг в познании того, как активизировать скрытые энергетические резервы организма.

Один из инициаторов конференции канадский ученый в своей статье «Шаманы и эндорфины: гипотезы для синтеза» (Этос, 1982) выдвинул предположение о существовании универсальной характеристики всех терапевтических ритуалов шаманистского типа. Суть ее в том, что человек, находящийся в условиях гиперстресса — в экстремальных условиях или в искусственно созданной экстремальной ситуации (будь то эксперимент или камлание). — с течением времени неожиданно чувствует необычайное спокойствие и даже блаженство. Передко в религиозном контексте такое изменение оценивается как вмешательство «всемогущего защитника» (покровитель, божество). Явление это свойственно не только традиционному, но и современному обществу. По данным социологических исследований, до 30% опрошенных в США и Англии хотя бы раз в жизни испытывали подобные ощущения (переход от сверхстресса к блаженству), а 5% из них весьма часто.

Вблизи к этому явлению состояние, самоощущение бегуна на длинные дистанции в момент прихода «второго дыхания». Р. Принс связывает такие явления с продуцированием эндорфинов. Для нас важно то, что данная адаптивная система функционирует не только в ситуациях кризиса, но и в условиях ритуала, а также в гиперстрессовых ситуациях во сне. Ученый полагает, что данное явление представляет собой психологический аналог гомеостатического физиологического механизма АНС, защищающий психологическую стабильность, положительный эмоциональный тонус.

Современный этап исследования явлений ИСС и народной терапии характеризуется явно выраженной тенденцией поиска универсальных, общих черт этих явлений, и в основе реализации интегра-

целостное рассмотрение
и физиогенеза, анализ
социального индивида с уче-
том междисциплинарности, стремле-
ние к работе венгерских ученых Э. Фрес-
ка и С. Кюльсар «Роль социальных уз в модули-
ровании физиологии ритуального транса» (Этос, 1989,
1), в которой предмет специального анализа —
«социальной привязанности».

Формирование социальной привязанности (яв-
ляясь, аналогичного импринту у животных) —
важных уз между матерью и ребенком в раннем
возрасте — основа социального взаимодействия в
будущем, гарант нормального развития, психо-
физиологического благополучия. Исследователи по-
лагают, что терапевтические ритуалы представ-
ляют собой нейробиологически опосредованную слож-
ную форму привязанности, «результат — глубо-
кая психофизиологическая синхрония между взрос-
лыми».

Достигается такой результат путем вхождения
в ИСС, активацией эндорфинов как формы кон-
сервации энергетических резервов организма. Про-
водится аналогия между состоянием, которое сле-
дует после отмены наркотических препаратов, и
состоянием, наблюдаемым у ребенка, изолиро-
ванного на время от матери. Как показывают мно-
гочисленные зарубежные исследования, у людей
после отмены наркотических препаратов, как и у
детей, изолированных от родителей, проявляется
«синдром лишения» — реакция, близкие по про-
явлению в обоих случаях.

Аналогичная ситуация возникает не только в
рассмотренных случаях, а также в результате по-
тери близких людей, разлуки, потери связи с отно-
вательно профессиональной группой, тоски по родным
местам.

Э. Фреска и С. Кюльсар полагают, что эндор-
фины выступают в роли важнейших нейрохими-
ческих медиаторов, обеспечивающих поведение
социальной сплоченности, единство: их основная
идея заключается в том, что если чувство общно-
сти активизирует эндорфины, то и наоборот, эн-
дорфины усиливают ощущение сплоченности, един-
ства. Ученые также высказывают предположение,
что эндогенные опиаты играли существенную роль
в антропогенезе, в процессе осуществления инте-
грации трех кортикальных зон.

Таким образом, эволюционно сформировался
нейробиологический механизм, закрепляющий и
составляющий органическую основу для социаль-
ных уз, социальной привязанности, для функцио-
нирования социального типа жизнедеятельности.
С одной стороны, закреплявший чувство общно-
сти, а с другой, само наличие коллективных дей-
ствий, формирующих социальную привязанность,
оказывало обратное воздействие на внутриорга-
нические структуры. В процессе становления че-
ловека и общества сложилась система ритуалов,
способствующая укреплению социальных уз и тор-
можащая агрессивные устремления отдельных ин-
дивидов.

Так на смену биологическим способам регуля-
ции отношений пришли социальные. Феномен со-
циализма, разум сделал возможной психофизиологиче-
скую регуляцию как в общности — в группе, так
и индивидуально.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД

В течение ИСС и различных видов пси-
хотерапии в организме человека происходят
важные процессы. Важную роль в них игра-
ют различные вещества, в который входят эн-

дорфины, нейротрансмиттеры или нейромедиаторы,
являющиеся посредником многих процессов, про-
исходящих в мозгу, передающих информацию (раз-
дражение) в наш организм. Этот сигнал может
быть усилен и ослаблен нейромодуляторами или
веществами, действующими аналогично валиуму.
Эту функцию могут также выполнять нейро-
трансмиттеры.

Активация эндорфинов, в свою очередь, при-
водит к изменениям в синтезе аденозинтрифос-
форной кислоты (АТФ), являющейся энергетиче-
ской базой организма человека. Такие изменения
и создают внутренний источник энергетического
заряда, получаемого участниками ритуала или
коллективной психотерапии. Эффект усиливается
при согласовании внутриорганических моментов с
внешними экологическими условиями. Прежде
всего это касается хронобиологических аспектов,
а именно биоритмических. Так, в случае актива-
ции эндорфинов наилучшее время — ночь, а се-
зон — осень.

Попутно заметим, что на осень приходится ста-
тистический пик некоторых психиатрических за-
болеваний. С этим согласуется одна из гипотез,
объясняющая некоторые типы психозов тем, что
люди становятся жертвами интоксикации своих
собственных эндогенных опиатов. В свете выше-
изложенного по-новому видится соотношение двух
теорий, объясняющих психозы: органической и
поведенческой.

В психолого-антропологическом аспекте пред-
ставляется важнейшим вывод ряда ученых о пси-
хобиологической «топ-регуляции» (от сознания к
биологической основе и соответственно существен-
ной роли личности в этом процессе). Не случайно
фундаментальной проблемой в большинстве после-
дований является роль шамана, гуру, психотера-
певта, сенсорного терапевта (экстрасенса) в груп-
пных ритуалах. Какова же их роль?

Шаман управляет состоянием участников це-
ремонии при помощи ритмических звуков, пения
и т. д., а также специфических движений, способ-
ствующих вхождению в ИСС. Шаман, или психо-
терапевт, как бы получает заряд энергии от уча-
стников ритуала и отдает ее обратно, но придав
ей определенную форму, структуру, направлен-
ность, выступая посредником, медиатором, связу-
ющим звеном в достижении синхронии, гармонии.
Такую же роль выполняют рок-звезда на своем
концерте, актер, пользующийся любовью у пуб-
лики, — они посредники в осуществлении комму-
никации между людьми. Также и божество высту-
пает посредником между людьми в религиозных
ритуалах: это отчужденный, вынесенный вовне
образ человека.

Вероятно, для коммуникации, гармонизации от-
ношений людям бывает необходимо вынести во-
вне свою сущность в виде символов, слов и т. д.,
чтобы объединяться затем через посредника, будь
то божество, символ, или шаман как посланник
божества, либо рок-звезда как объект поклонения.
Такой способ коммуникации, видимо, связан со
спецификой социального типа жизнедеятельности,
формируемого с детства и оставляющего следы на
всю жизнь. Специфика опосредованной деятельно-
сти человека проявляется здесь следующим обра-
зом: чтобы найти себя, человек вынужден объек-
тивизировать себя вовне (в различных формах), с
тем чтобы соединиться затем с «бытием, вынесен-
ным в мир» и обрести целостность.

Такой принцип деятельности весьма близок к
тому, что наблюдается в парадоксальной фазе,
предшествующей вхождению в ИСС. Эта особен-
ность поведения человека проявляется индивиду- 27

ально и в условиях сенсорной депривации: у космонавтов, спелеологов, полирипков и др. в виде эйдетики — проектирования в уме ярких образов, представлений, целостных картинок (Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях. — 1989).

ПСИХОФИЗИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ

В своих исследованиях высших переживаний мистических, экзотических состояний А. Маслоу пришел к мысли о рассмотрении этих явлений за пределами отдельного индивида, в космическом масштабе, тем самым и к мысли о создании трансперсональной психологии. Результаты дальнейшей разработки этой идеи последователями А. Маслоу получили на страницах журнала «Трансперсональная психология», вокруг которого и группируется ядро исследований в этой области.

Трансперсональная психология предполагает определенную форму психотерапии «трансперсональное переживание», смысл которой состоит в новом рождении «я». Важным моментом ее является ощущение переживания сверхличностного чувства космического единства и космоса как непрерывной целостности. Можно вспомнить, что, когда президент Международной ассоциации трансперсональной психологии С. Гроф приезжал недавно в СССР, в Москве были проведены пробные сеансы трансперсональной медитации, или погружений в высшие состояния сознания. Один из участников этих сеансов журналист А. М. Дмитрук так описывает свои ощущения:

«Я начал быстро дышать... Казалось, что звуковые вибрации проплавывают все тело. И вдруг почувствовал, что музыка вызывает во мне ответные вибрации. Сначала они появились в пальцах рук и ног. От них к центру тела словно струилась энергия. Когда она достигла головы, в сознании стали появляться яркие образы. Я увидел себя... со стороны». (Мир внутри нас? — 1990). В дальнейшем участвующие в сеансах испытывают различные перевоплощения: мужины, например, ощущают роды, испытывают необычные чувства, отправляются в путешествия и т. д.

Примечательно то, что видения во время сеанса, никогда не происходившие в действительности, имеют иногда реальный коррелят. Древнее учение о трансформации и переселении душ, о припоминании получает своеобразное подкрепление в современных экспериментальных исследованиях. Для нашего анализа особенно интересна одна деталь, а именно, что А. М. Дмитрук увидел себя со стороны.

Интересно, что столь экзотическое явление не так уж редко и является предметом исследований ученых, получив название внетелесного переживания (ОВЕ), и встречается «оно в современной и традиционной культуре среди молодых и пожилых, верующих и атеистов» (Энциклопедия молодости. — Оксфорд, 1987). Ряд ученых смогли вызвать это ИСС и контролировать его. ОВЕ характеризуется также и тем, что человек в этом состоянии совершает мистические путешествия, одним из неизменных компонентов которого является прохождение туннеля и полеты над землей, а также совершенно неожиданные перевоплощения.

Важно то обстоятельство, что ОВЕ — частный составной компонент трансперсональной терапии, а также неотъемлемая часть ощущений, испытываемых шаманом во время камлания. В данной статье шаман или аналогичная ему фигура рассматривалась лишь с точки зрения управления им ритуалом, оказывающим терапевтическое воздействие на участников. Но исчерпываются ли способности шамана лишь умением провести сеанс

групповой терапии? Или поставим вопрос по-другому: какими качествами обладает человек, проводящий ритуал?

В интереснейшей книге этнографа В. И. Басилова «Избранники духов» (1981) показан широкий диапазон умений шамана. Когда он находится в экзотическом состоянии, во время камлания, шаман демонстрирует совершенное умение владеть своим телом, необычайную физическую силу, нечувствительность к высоким температурам (хождение по раскаленным камням) и низким. Кроме того, наблюдается необычайная острота чувств, позволяющая ему без помощи зрения чувствовать преграду, ориентироваться в пространстве.

Нередко исследователи свидетельствовали о сверхчувствительности шамана, которая позволяла ему найти потерявшихся в тундре людей и животных. Многие способности шамана основаны на том, что он умеет силой воли, самовнушением регулировать процессы, происходящие в нашем организме автоматически (например, терморегуляция). Но как в случае шамана, так и в других, с людьми, демонстрирующими необычайные способности в силе и умении владеть своим телом (мастера дзюдо), остается вопрос: откуда берется энергия для осуществления этих процессов? Все же для поддержания нормальной терморегуляции, например при -50°C , почти нагишом, необходимы огромные энергетические затраты организма.

Возможны различные гипотетические объяснения, но основное направление в них — рассмотрение внутриорганических процессов в единстве с внешними, экологическими. Касаясь внутренних процессов, можно отметить активацию энергетических резервов эндорфинов. Вместе с тем, по-видимому, возможно влияние слабых физических взаимодействий, которые могут резко усиливаться ИСС. В результате синхронизации может проявляться явление, аналогичное резонансу, — во время ИСС меняется электропроводимость поверхности тела человека.

Можно ли представить ИСС как процесс поляризации и конденсации энергии, ведущий к разрядке — освобождению заряда в результате ритуала? Быть может, в процессе ИСС человек получает энергию из окружающего пространства инверсионным путем, то есть собирает энергию, рассеянную в результате энтропийных процессов, таким образом проявляется «антиэнтропийная» способность человека? Идея о включенности человека в космические процессы владеет умами человечества уже многие столетия.

Наиболее последовательно ее проводил А. Л. Чижевский, создатель гелиобиологии. Человек как физический объект уже стал предметом экспериментальных исследований. Недавние работы Э. Гердика по изучению физического воздействия сеансного терапевта (экстрасенса) дали массу интересных фактов. Было бы важно провести физическое изучение воздействия шамана, а также во всем спектре ИСС. Физические исследования таких феноменов хотя и очень редки и фрагментарны, могут оказаться плодотворными. В литературе примера можно привести гипотезу члена корреспондента АН БССР А. И. Вейника о хроническом поле, в подтверждение которой ученый приводит пример замедления течения времени спящего человека, на которое реагируют чувствительные приборы: кварцевый микрорезонатор достоверно показывает уменьшение частоты.

Еще в работах блестящего австрийского физика Э. Шредингера, ставшего Нобелевским лауре

ПСИХ

Ита
ИСС, к
са, эк
При в
но об

Для
различ
на пит
синхро
яснен
мы воз
ИСС п
неза пр
ций ка
вания. З
и важн
пользо

Псих
лагает в
индивид
физиоло
уровнях
ствия, с
уровнях
точно-мо
действия
нию, и
ский с
ритмов,
синхрон
ного сост

Вхож
личным
музыка
комплекс
дыхания
нировок
ключает
ческом
использо
тирующ
внутрио

Кром
рать вы
на моби
мя инпа
атов ил
фин, мо
физичес
ствлятьс
пераспре
специали
метрово

Безус
исследов
разработ
утвержд
нии и т
ющие ос

1. Си
2. На
нению, с
цессов,

в 30 лет, с использованием математического аппарата была предпринята попытка описать в терминах квантовой механики происходящие с человеком явления ИСС, понять их глобально-космический смысл. Интересное предположение выдвинул в 1989 г. академик В. Казначеев, предположивший, что жизнь имеет также и биоволновую основу.

ПСИХОБИОЛОГИЧЕСКАЯ СИНХРОНИЗАЦИЯ

Итак, мы рассмотрели разнообразные процессы ИСС, происходящие с человеком в состоянии транса, экстаза, различного рода высших переживаний. При всем разнообразии этих явлений в них можно обнаружить много общего.

Для обобщения, целостного подхода к ИСС и различным формам психотерапии мною предложена интегративная концепция психофизиологической синхронизации, в рамках которой возможно объяснение, а также практическое построение системы воздействий на человека, используя явления ИСС и методы психотерапии. В процессе оптогенеза происходит накопление асинхронных тенденций как нарушений гомеостатического регулирования. Эту дисгармонию необходимо преодолевать, и важнейший путь с моей точки зрения, — использование ИСС различных типов и видов.

Психофизиологическая синхронизация предполагает воздействия на социально-психологическом, индивидуально-психологическом, функционально-физиологическом, биохимическом и физическом уровнях, зачастую в комплексной форме. Воздействия, оказываемые на верхних иерархических уровнях, затрагивают и низшие — вплоть до клеточно-молекулярного уровня, причем схема воздействия может быть различной: от АНС к сознанию, и наоборот, от сознания к АНС. Практический смысл воздействия — синхронизация ритмов, отдыха, расслабления или, наоборот, десинхронизация ритмов отдыха, переход от пассивного состояния к активному.

Вхождение в ИСС может осуществляться различными способами и приемами. Физической стимуляцией: звуком, светом, цветом, движением и комплексом жестов, поз, упражнений, регуляцией дыхания, концентрацией внимания — словом, тренировкой воображения. Такой путь терапии не исключает воздействия изолированного на биохимическом и физическом уровнях (имеется в виду использование медицинских препаратов, корректирующих, катализирующих и синхронизирующих внутриорганические процессы).

Кроме того, существенное значение может играть выбор пищи, имеющий значительное влияние на мобилизацию эндогенных оппатов. В то же время пища может быть источником экзогенных оппатов или так называемых экзорфинов (казаморфин, морфоцептин, глиадин). То же касается и физического воздействия: оно может осуществляться, например, мастерами дигун, путем перераспределения энергии ци в поле человека, или специальными приборами, работающими в миллиметровом электромагнитном диапазоне.

Безусловно, что до практического применения исследований ИСС еще предстоит длительный путь разработок, но уже сейчас можно с уверенностью утверждать, что большинство систем психотерапии и терапевтических ритуалов содержат следующие основные принципы.

1. Синхронизация, гармонизация.

2. Парадоксальная инверсия, ведущая к соединению, сосуществованию противоположных процессов, часто в форме ИСС.

3. Используются процессы перехода от активного состояния к расслабленному, и обратно.

4. В той или иной форме наблюдается явление «вынесения вовне».

5. Сознательно или неосознанно достигается концентрирование внимания.

Психофизиологическая синхронизация как понятие и общая концепция может использоваться методологически, для дальнейшего исследования описанных в данной статье феноменов и, конечно, в практических целях. Пока можно лишь указать сферы такого применения ИСС:

улучшение коммуникации, общения людей друг с другом;

разнообразные формы психотерапии;

основа терапии;

вид обучения на основе достижения «высших переживаний» (по А. Маслоу).

Подчинены выделенным основным чертам синхронизации и психологический тренинг, описанный в «Твое здоровье» № 7/90 (релаксация, визуализация, самовнушение, ритм), и система упражнений, продемонстрированная Дж. Фондой по советскому телевидению (расслабление — активация, концентрирование внимания — расслабление, соответствующие движения). В заключение хотелось бы сказать, что интегральное понятие «психофизиологическая синхронизация» и связанная с ним теоретическая концепция нуждаются в теоретической разработке и практической апробации.

Размышления, факты, гипотезы, представленные в данной статье, есть первая попытка свести воедино результаты различных исследований. Что нужно для разработки этой темы? Желание и интерес со стороны ученых самых различных специальностей: биологов и биохимиков, нейрофизиологов и антропологов, физиков и математиков, философов и психологов. Нужны здесь не бесконечные разговоры о человеке, а реальные конкретные разработки ради живых людей. А для этого необходимо прежде всего общение самих ученых, обсуждение многообразных точек зрения.

ПРИЛОЖЕНИЕ

А. МАСЛОУ

ДЕРИТУАЛИЗАЦИЯ

Скажу несколько слов о механизме защиты, психологическом феномене, описанном в руководствах по психологии. Этот механизм — деритуализация — имеет большое значение, особенно для молодых людей наших дней.

Молодые люди часто не верят в ценности и добродетели, чувствуют себя обманутыми или сбитыми с толку. Нередко своих родителей они не очень уважают, и таким родителям часто неясны собственные ценности. Порой они просто боятся своих детей, никогда не наказывают их и не удерживают от дурных поступков. В результате возникает презрение к родителям со стороны их собственных детей, часто по вполне понятным и основательным причинам.

Дети таких родителей приучаются делать слишком большие обобщения и не желают слушать ни одного взрослого, особенно если употребляют те же слова и понятия, которые они слышали от собственных родителей, например, что надо быть честным и смелым, в то время как в жизни родители поступали прямо противоположным образом.

Такие молодые люди привыкли рассматривать человека только в его конкретности. Они не видят в нем то, чем бы он мог быть, не видят его в свете символических ценностей. Наши дети, например, лишены таинственности секса, «деритуализи-

рождения его. Сие — это ничто, это естественное впечатление, и они сделали его настолько естественным, что оно часто теряет свои поэтические качества, т. е. фактически теряет все.

В этой связи самоактуализация означает отказ от этого механизма защиты, означает обучение и принятие ритуализации.

РЕРИТУАЛИЗАЦИЯ

Отсюда реритуализация означает стремление вновь увидеть человека «под знаком вечности», как говорил Спινόза, желание иметь возможность увидеть святое, вечное, символическое.

Это, например, значит видеть Женщину, даже когда мы имеем дело с обыкновенной жепщиной. Другой пример. Человек идет в медицинское училище и там анатомирует мозг. Обязательно что-то теряется, если студент не испытывает при этом определенного благоговения и, отвлекаясь от «цельного восприятия», рассматривает мозг лишь как конкретную вещь. Человек, которому доступна реритуализация, видит мозг так же, как священную вещь, видит его символическую ценность, его возвышенные качества.

Реритуализация часто связана с утверждением многих банальных вещей, «весьма плоских», как сказали бы наши детишки. Тем не менее, особенно для консультанта пожилых людей (у которых философские вопросы относительно смысла жизни начинают выступать на первое место), утверждение этих банальных вещей является наиболее существенным способом помощи движению к самоактуализации. Молодые люди могут говорить, что это плоско, логические позитивисты — что это бессмысленно, но для человека, который ищет нашу помощь, эти вещи имеют большой смысл и огромную важность. И мы должны дать им наилучший ответ, иначе мы занимаемся не тем, чем должны заниматься.

Объединяя все сказанное, мы видим, что самоактуализация не есть, по сути, один великий миг. Нельзя представлять себе дело так, как будто в четыре часа, скажем в четверг, зазвучат фанфары, и вы войдете в пантеон на вечные времена. Самоактуализация — это ведь постепенная, это накопление самих по себе незаметных приобретений.

Слишком часто наши клиенты склонны ждать своего рода вдохновения, чтобы они могли себе сказать: «В этот четверг, в 3 часа 23 минуты я самоактуализировался!» Люди, которые соответствуют моим критериям самоактуализации, продвигаются скромными шагами — они прислушиваются к своему собственному голосу, они берут на себя ответственность, они честны, много работают.

Терапевтические отношения

Вот то, что люди делают, когда они движутся по пути самоактуализации. Кем же тогда является консультант? Как может он помочь людям, обратившимся к нему, двигаться в направлении роста?

Я употребил слова «терапия», «психотерапия», «пациент», хотя ненавижу все эти слова и ту медицинскую модель, которую они подразумевают, так как эта модель предполагает, что человек, обращающийся к консультанту, — больной, нуждающийся в лечении. На самом деле мы, конечно, надеемся, что консультант будет помогать самоактуализации людей, вместо того чтобы стремиться вылечить болезнь. Модель такой помощи должна уступить свое место какой-то другой модели, она просто не подходит.

Потому что она заставляет нас представлять консультанта в виде профессионала, который все знает и со всех привилегированных высот протя-

гивает руку помощи бедным перевозкам вина, которые в ней так нуждаются. Консультант не является таким учителем в обычном смысле, потому что учителя — это те, кто достигли совершенства во «внешнем» обучении, которое я описал выше. Однако процесс совершенствования человека требует именно подлинного обучения.

Думаю, что независимо от слова, к которому мы в конечном счете должны прийти, понятие будет близким к тому, что имел в виду еще много лет назад Альфред Адлер, говоря о «старшем брате». Старший брат — это любящий человек, который берет на себя ответственность за младших. Он, конечно, знает больше, он жил дольше, но он не есть нечто качественно отличное, относящееся к другому миру. Мудрый и любящий старший брат пытается совершенствовать младшего, пытается сделать его лучше, чем он есть, но в рамках собственного стиля младшего. Видите, насколько это отличается от модели «учить кого-то, кто ничего не знает»!

Консультирование не связано с тренировкой или традиционным обучением, когда людям говорят, что и как они должны делать, — оно не имеет отношения к пропаганде. В духе учения даосизма оно предполагает вначале раскрыть нечто в человеке, а затем уже помогать ему. Даосизм — это невмешательство, принцип — «пусть все идет своим чередом». Однако даосизм не является философией попустительства или безразличия, это не отказ от помощи или заботы.

Хороший клинический терапевт помогает своему клиенту раскрыться, прорваться сквозь защиты, препятствующие познанию им самого себя. В идеальном случае теоретические представления терапевта, прочитанные им руководства, пройденное им обучение, его взгляды на мир никогда не должны давать о себе знать пациенту. Уважая внутреннюю природу, существо этого «младшего» брата, терапевт обнаружит, что лучшим путем к хорошей жизни для его пациента может быть только один: еще более быть самим собой.

Люди, которых мы называем больными, не являются тем, кем они есть, — это люди, которые построили себе всевозможные невротические защиты против того, чтобы быть просто человеком. Так же как для розового куста безразлично, кем является садовник — итальянцем, французом или шведом, для младшего брата безразлично, каким образом его помощник научился быть помощником. Научиться высвободить подавленное, познать собственное «я», прислушиваться к голосу «импульса», раскрывать свою величественную природу, достигать понимания, проникновения, постигать истину — вот, что требуется.

Здоровье — это не



ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

В № 6 «Твое здоровье» за 1989 год мы предлагали читателям присылать в нашу копилку народного опыта свои материалы с пометкой на конверте «ЛО» (личный опыт). Речь шла о рецептах, способах оздоровления, секретах целебных трав и снадобий, наконец, о поверьях и приметах, помогающих сохранять человеку его душевное равновесие, гармонию во взаимоотношениях с близкими и окружающими людьми. За прошедшее время мы получили сотни писем от людей из разных уголков нашей страны.

Мы благодарим наших корреспондентов. Не все из присылаемого выдерживает критику с научных позиций, но так или иначе, если народное средство или поверье не приносит вреда, оно заслуживает внимания хотя бы как факт нашей культуры (бытовой, этнической), отражает особенности мышления нашего народа.

В этой связи предлагаем статью одного из наших постоянных читателей, основанную, как сообщает автор Ольга М., на материале, собранном летом 1990 года среди населения, проживающего в глубинке Полесья.

МЕНСТРУАЦИИ: физиология и... народные приметы

Наверное, каждому из нас приходилось в жизни встречаться с народными приметами и сувериями, в которых упоминаются те или иные физиологические акты или вызванные ими движения, например, «Затылок чешется — к печали», «Левый глаз чешется — к слезам, правый — на любимого (или приятного сердцу человека) смотреть будешь», «Чихнешь в понедельник патачок — к подарку, во вторник — к приезжим, в среду — к вестям, в четверг — к похвале, в пятницу — к свиданию, в субботу — к исполнению желания, в воскресенье — к гостям» и т. д.

Даже сейчас, в пору повального увлечения мистикой, многими они воспринимаются не более, как дань прошлому.

Но однажды мне пришлось встретиться с совершенно необычными (может быть, хорошо забытыми) приметами. Связаны они с чисто физиологическим вопросом — менструальным циклом.

Поверье это записано сравнительно недавно, но проверено личным опытом не одной женщины и... практически все время подтверждалось.

Речь идет о предсказании основных событий на период времени, равный менструальному циклу той или иной женщины. Естественно, полученное предсказание индивидуально. Гадать таким образом рекомендуется только раз — в день начала цикла. Следующий же раз — в первый день следующего цикла и т. д.

Характер пророчеств зависит от того, в какой день недели, какого числа, в какое время началась менструация.

Считается, что утреннее начало приносит любовь (это может быть любовь не только к жениху или мужу, но и родным или просто близким людям). Такое начало обещает теплый, приятный, доверительный контакт с ними до окончания цикла. Вечернее начало также благоприятно — оно окрашивает весь предстоящий период радостью. Вторая половина дня менее удачна: вечернее начало приносит скуку, которая станет основным настроением в течение предстоящих недель, ночь грозит разлукой.

Теперь — о днях недели.

Начало месячных в понедельник грозит бес-

покойством. Оно может быть и приятным и не очень, может вылиться в большие хлопоты. Конечно, при нынешней нашей жизни какой день без них не обходится, скажите вы, по все же именно эти, предсказанные на данный период, будут не совсем обычными. Они могут быть связаны с подарком.

Начало во вторник сулит встречу с другом (знакомым или незнакомым еще пока) или довольно ощутимую перемену в жизни.

Среда же обещает неприятности. Но огорчаться не стоит — цикл ведь не так уж долг, с ним закончатся и неприятности, а новый, возможно, будет намного удачнее. В любом случае, неприятность эта не будет для вас как гром среди ясного неба, вы сможете «настроиться на пужную волну» и отнесетесь к этому более менее спокойно.

Четверг предвещает неожиданность иного рода. Вас пригласят в гости и придется идти. Или же случайно попадете на застолье в чужом доме. Станет оно приятным или нет — зависит уже от вас и ваших приятелей или новых знакомых.

Пятница готовит своего рода своеобразную программу. Она обещает какое-то приятное известие, но и горе, преодолеть которое вам поможет терпение.

Суббота сулит вещи приятные: объяснение в любви, исполнение желания. Причем желание может быть не только амурным, сердечного характера, но и деловое.

Воскресенье обещает, что предстоящий период пройдет в веселье. Кроме того, может состояться какой-то запоминающийся разговор с другом.

И, наконец, число, с которого началась менструация, тоже имеет значение.

А значения эти таковы.

1 — будешь чувствовать себя счастливой на протяжении всего цикла, состояние в предстоящий период с полной уверенностью можно охарактеризовать расхожим выражением: «Летает как на крыльях».

2 — что-то или кто-то вызовет у вас презрение и чувство это не скоро забудется.

3 — сулит ссору. Приобретет ли она затяжной характер или же превратится в легкую размолвку, которых немало, будет зависеть только от вас. Но все же, если пришлось на третье число, лучше быть повнимательнее и стараться избегать конфликтных ситуаций.

4 — число хорошее, обещает веселье и счастье.

5 — предвещает непременно получение какого-то подарка.

6 — предлагает настроиться и подготовиться к слуху или слухам. Они могут быть о вас или принесут их соседи, сплетницы. Но стоит ли близко принимать к сердцу? Вы знаете наперед, что в ближайшие недели что-то подобное появится, что ж, выслушайте без комментариев и не передавайте дальше.

7 — обещает, что кто-то вас преданно любит. Сохранить эту любовь и после окончания цикла — вот над чем стоит подумать.

8 — это число обещает ревность. Весь цикл над вами будет властвовать это чудовище с зелеными глазами, но стоит постараться держать его в наморднике.

9 — если начало менструации пришлось на это число — придется немного поворчать: грозят какие-то неприятности из-за сплетен. Чем спокойнее вы отнесетесь к их появлению, тем легче для вас пройдет этот период.

10 — это число обещает, что в предстоящий 31

...будете влюблены. В кого? Возможно, в своего мужа. А почему бы и нет?

11-е число месяца уверяет, что ваш любимый будет вам предан. Обо всей жизни говорить вряд ли кто-то рискнет, а вот на предстоящий период можно вам обещает.

12-е число сложное. Возможно, вас кто-то приворожит, может быть, просто очарует, привлечет своим обаянием.

13-е число у нас часто не любят, считают несчастливим. Увы! Характер его не очень-то меняется. Что поделаешь, если уж месячные начались в такой день — пару недель придется пострадать.

14 — зато это число сулит получение приятных новостей.

15 — тоже предвещает новости, но на этот раз плохие.

16-е число предупреждает, что вам придется получить от кого-то нагоняй за «длинный язычок».

17 — печально сообщает о грядущей разлуке с милым.

18 — говорит о том, что будете влюбчивы на протяжении всего периода.

19 — сообщает уже не о легких флиртах и мимолетных влюбленностях. Это число сообщает, что будете любить.

20 — несет, увы, не очень радостное предсказание: любить будете безответно.

21 — предупреждает, что нужно быть повнимательнее и осторожнее: вас подстерегает обман, берегитесь его, не будьте легковерны.

22 — сулит материальные выгоды, может быть, денежные поступления. В общем, материальную обеспеченность.

23-е число уверяет, что будете счастливы. Всегда приятно узнать об этом, не правда ли?

24 — предлагает готовиться к приему гостей. Даже если они посетят вас неожиданно, вы, будучи предусмотрительной хозяйкой, и получив соответствующее предсказание, можете хорошо их принять.

25 — обещает новое знакомство.

26 — говорит о том, что вас будут жалеть. Что ж, и это нужно.

27 — обещает, что ваше желание исполнится.

28 — предвещает благополучие.

29 — сулит слезы. И довольно горькие.

30 — уверяет, что ваше увлечение кем-то взаимно.

31-е число месяца обещает, что появится неожиданная любовь или неожиданное приключение.

Считается, что рассматривать все эти три вида примет нужно во взаимосвязи. Например, менструация началась третьего числа в среду утром. Что же ожидает вас в этом случае? Увы, неприятная ситуация, которая превратится в ссору, но вместе с тем вы будете настроены на любовный лад. Не по отношению к тому, с кем ссоритесь, конечно. Просто в душе у вас весь период будут зеленеть ростки любви, а вот зацветут ли они, покажут приметы в первый день следующего цикла.

Не стоит сильно огорчаться, если предсказания будут иногда не очень приятными и желанными. Жизнь ведь не может состоять из одних только праздников, не правда ли? И тем не менее, будучи предупреждены заранее, вы сможете морально подготовиться к грядущим неприятностям, а это уже, согласитесь, немало.

Наверняка некоторые читатели скажут, что это все так скучно и скептически. Но стоит ли сомневаться? Может, лучше проверить?

ВЗР

ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

Для всех, кого волнуют тайны космоса и бездны океана, кому дорога магия гриновских алых парусов и близки приключения дерзких первопроходцев на земле, в небесах и на море, издательство «Знание» с 1992 года предлагает новую подписную популярную серию «Странствия и приключения». Издание ежемесячное, иллюстрированное. Объем брошюры 3,5 а. л., индекс издания 70076. Все сведения о подписке Вы можете найти в каталоге союздпечати (Всесоюзные газеты и журналы) в разделе «Подписные серии издательства «Знание».

Подписавшись на серию, Вы в 1992 году вместе с Марко Поло пройдете «Шелковый путь», соприкоснетесь с загадками Бермудского треугольника, острова Пасхи, с захватывающими историями из жизни людей, посвятивших себя поиску золота и алмазов, исчезнувших цивилизаций и кладов.

В брошюрах серии мы будем в том числе рассказывать о путешествиях и экспедициях, предпринимаемых для изучения резервов и возможностей человеческого организма в физиологическом и психологическом плане в экстремальных ситуациях во льдах, водах, горах, лесах, в экспедициях экологических, направленных на сохранение здоровья живущих и будущих поколений.

Итак, в дорогу, уважаемые подписчики! Она сулит Вам приобщение к постижению тайн Человека.

2/91

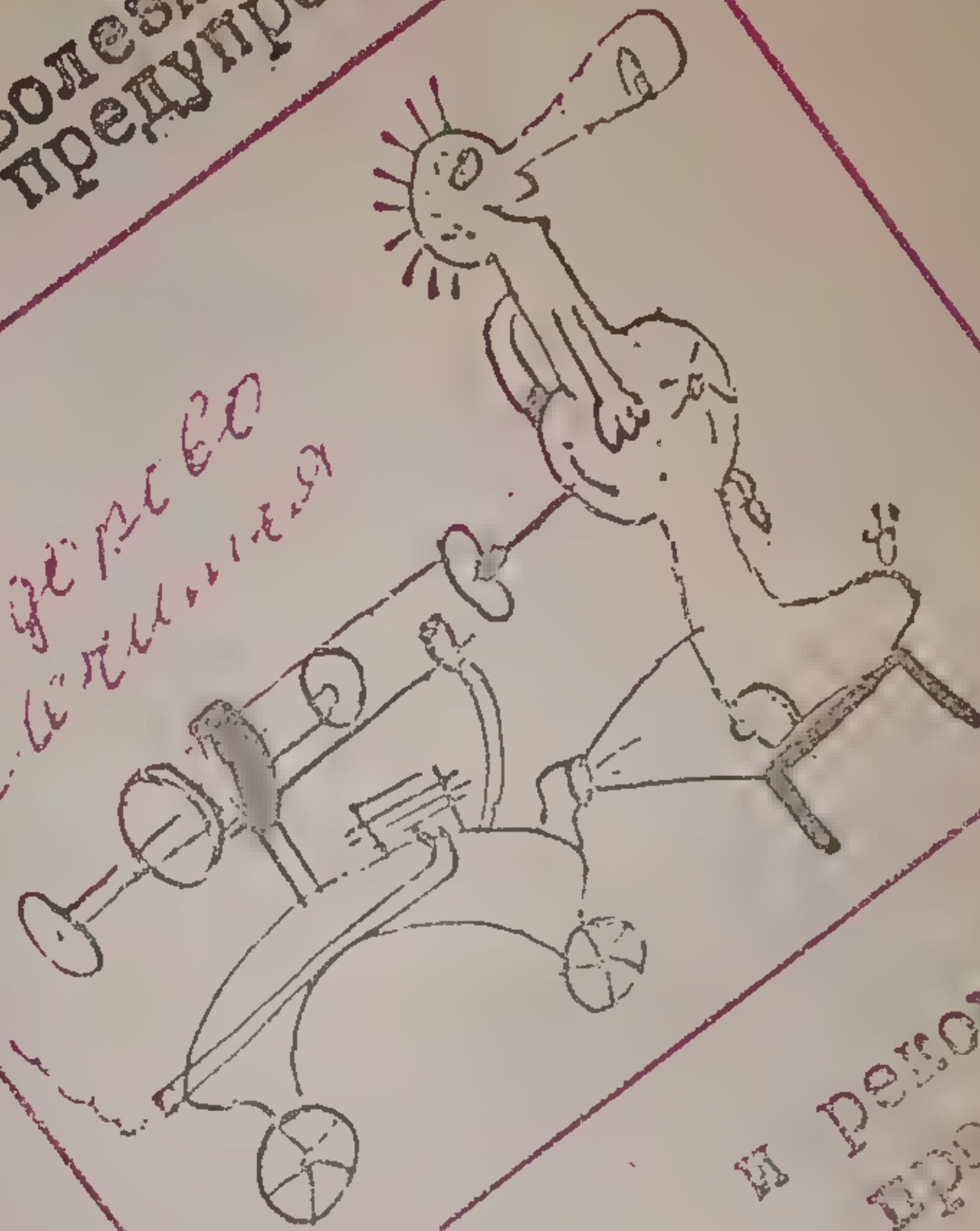
февраль

ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ

Болезни: течение, прогноз, предупреждение

Беседы с учеными-медиками

Здоровье и активность



Советы и рекомендации практических врачей

подписное издание

Цена 50 коп

Подписной индекс 70063

ПРОГНОЗ НА МАРТ

1, 3, 6, 8, 10, 13, 14, 17, 20, 22, 23, 26, 29

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 1, 4, 7, 11, 13, 16, 21, 24, 26, 29, 30
Дни благоприятные 2, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 18, 23, 27, 28, 31
Дни повышенной конфликтности 3, 12, 17, 19, 22, 25

Влияние на вашу волевою сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жизни 2, 5, 7, 9, 11, 18, 21, 25, 27, 28
Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 4, 8, 12, 15, 16, 24, 30
Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 2, 4, 5, 6, 13, 14, 22, 27
Дни меньшей продуктивности мышления 9, 12, 15, 16, 17, 19, 21, 24, 26, 30, 31

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 2, 5, 6, 11, 12, 14, 15, 18, 22, 23, 27, 28
Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 4, 10, 16, 19, 24, 30
Дни повышенного травматизма 7, 13, 20, 25, 29, 31

В выпуске читайте:

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕЛА

ВОЗДЕЙСТВИЕ РИТУАЛОВ

КАК СОХРАНИТЬ

ПСИХИЧЕСКОЕ

ЗДОРОВЬЕ

Издательство «Знание»

ББК 51.2
127

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

Здоровый человек — человек свободный (беседа с Александром Огородниковым) (3)

Отвечаем на Ваши письма

Продлить срок жизни издания (5)

Стратегия профилактики

Н. АРНИЧЕН. Гомокибернетика на каждый день (6)
РАМАНАПАКА. Лаборатория тела. Жизненный ток. «Крематорий» организма. Питание (перевод йога Раманапаты) (10)

Возможности лечения

Е. ХЕРАСКИН, У. РИПГСДОРФ. Как быть с ин-зофренней. Кому показана мегавитаминная терапия. Оптимальная диета (перевод Р. Д. Ра-вич) (15)

Проблемы народной медицины

А. БЕЛИК. Измененные состояния сознания и психотерапия. Часть I (23)

Астрологический практикум. Занятие IX

М. ЛЕВИН. Шел ли Саддам в самоволку? (29)
Ф. ВЕЛИЧКО. Кто есть кто: ваш зодиакальный знак (32)

Прогноз «Твое здоровье»

М. ЛЕВИН, Т. МИГЯЕВА. Март (1). Ап-рель (32)

Редактор В. ГОРШКОВ

ISBN 5-07-001814-0

© Издательство «Знание»,
«Твое здоровье», 1991 г

127

Твое здоровье: (выпуск II). — М.: Знание, 1991. — 32 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здо-ровье»; № 2).

ISBN 5-07-001814-0

50 к.

Основу выпуска составляют статьи «Гомокибернетика на каждый день» профессора Н. Н. Арничена и «Измененные состояния сознания и психотерапия» специалиста по психоло-мам народной медицины А. А. Белика. В рубриках — выступи-ление Александра Огородникова, обзор психодиагностики в ге-реводе Р. Д. Равич, публикация йога Раманапаты, астроло-гический практикум Ф. К. Величко, прогнозы М. Левина и Т. Мигяевой. Даны практические советы и рекомендации. Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4103000000

ББК 51.2

На первой стороне обложки и в тексте:
рисунки Павла ФИЛИПОВСКОГО

Научно-популярное издание

Художественный редактор К. Гечерин
Технический редактор Н. Клецкая
Мл. редактор Е. Гродко, Л. Щербакова
Корректор В. Гүляева

ИБ № 11391

Сдано в набор 28.01.91. Подписано к печати 15.02.91.
Формат бумаги 60×84/16. Бумага газетная. Гарнитура обыкно-венная. Печать высокая. Усл. печ. л. 4,00. Усл. кр. отт. 6,00.
Уч. изд. л. 5,01. Тираж 2652842 экз. Заказ 7030. Цена 50 коп.
Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 916302.

4—5-й заводы по 500 000 экз. (1 500 001—2 500 000 экз.)

Типография ордена Трудового Красного Знамени издательского-полиграфического объединения ЦК ВЛКСМ «Молодая гвардия». Адрес ИПО 103030, Москва, Сушарская, 21.

Человек имеет право на здоровую и счастливую жизнь. Это право даровано каждому от рождения, но реализуется оно в конкретных условиях жизни общества, в политике государства. И чтобы каждому быть здоровым и счастливым, жизнь должна быть здоровой и справедливой социально, основываться на непреходящих человеческих ценностях. О вечном в истинно человеческих ценностях рассказывает председатель ХДС России Александр ОГОРОДНИКОВ.

ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК — ЧЕЛОВЕК СВОБОДНЫЙ

— Благодаря науке человечество осознает себя как вид *Homo sapiens*, что по-русски означает «человек разумный». Термин этот понадобился ученым, чтобы назвать и определить сам факт появления на Земле человека в собственном смысле этого слова, отличить от предшествовавших ему в эволюции человекообразных живых существ. Тем самым утверждается, что за сотни тысячелетий развития гоминиды приобрели «разум». И хотя понятие это сегодня становится все более расплывчатым, охватывающим поведение животных и кибернетических машин, чуть ли не «разумных» персональных компьютеров, прилагательное «сapiens» звучит все еще достаточно гордо.

Между тем человек рождается разумным природно и свободным социально, чтобы стать разумным в природе и жить в здоровом обществе, ибо здоровый человек — человек свободный. История свидетельствует о неодолимом стремлении людей к свободе индивидуальности, но только в наше время гарантом ее становится человечество в целом, в лице международного сообщества — государств, подписавших Всеобщую декларацию прав человека.

Свобода человека реализуется в правовом государстве. Нам ли не знать, что обреченные на бесправие люди, занятые принудительным трудом, забитые безраздельно господствующей во всех сферах жизни официальной идеологией, не могут быть разумными и здоровыми? И все же не знаем — в нашем больном обществе, нещадно и бессмысленно эксплуатирующем человека и природу, осознает это далеко не каждый.

И в этом нет парадокса — «от худого [больного] семени не жди доброго племени», говорили предки. Бесправие поколений советских людей обернулось тем, что в ментальности народа понятие индивидуальной свободы подспудно ассоциируется с разрушением и отрицанием общественного порядка, а бессмысленное слово «строй» стало альфой и омегой нашего существования. Дело доходит до понятийного маразма: внедряемые в наше сознание слова «перестройка» и «строй», оказываются, не связаны друг с другом, ибо первое не означает изменение второго. Вот и, будьте любезны, перестраивайтесь так, чтобы не перестроился строй!

Так что начнем с азов, Александр Иосифович! Как понимать свою свободу каждому человеку, в чем и как он свободен?

— Подлинно свободный человек — это человек ответственный. Важен прежде всего нравственный посыл: относиться к ближнему своему так, как хочешь, чтобы он относился к тебе. Не может быть свободы от совести. Критерий таков: ты свободен, но должен сознавать, что твой ближний так же свободен, и твоя свобода не может стать посягательством на его свободу. Отсюда и потребность в правовом государстве, регулирующем отношения в обществе.

Говоря о христианских ценностях, мы исходим из того откровения, которое дал нам Господь. Свобода наша коренится именно в христианском понимании человека: это знак божественного присутствия в человеке, потому что Бог абсолютно свободен и, создавая человека по образу своему, он вложил ему стремление к свободе, дал право. И даже свободу отпасть, восстать против Бога, построить человеческий мир в соответствии с самыми порочными наклонностями сердца, чтобы человек столкнулся с плодами своей греховной жизни.

Так что мы рождены свободными, но чтобы стать свободным, надо быть ответственным. Сказано в Библии: отцы ели кислый виноград, а у детей на зубах оскомина.

— Но это именно индивидуальная ответственность и индивидуальная свобода! Что же означает понятие «свободный народ»?

— Да, это ответственность каждого перед Богом. Распределение этой ответственности, и ничто другое, превращает толпу — механический конгломерат — в народ, имеющий вечные ценности. Когда мы говорим о христианско-демократических ценностях, имеем в виду возрождение этой ответственности, здорового, справедливого общества. Образование в августе 1989 г. партии ХДС (Христианско-Демократический Союз) России и было прогиктовано этой идеей — опереться на мировоззренческий и нравственно-этический фундамент христианства.

Дело в том, что проводившаяся более 70 лет политика внедрения в общественную жизнь идей антигуманного боготворческого тоталитаризма принесла свои горькие плоды. Общество переживает всеохватывающий политический, моральный, экономический и социальный кризис. Апатия, алкоголизм, нравственное и духовное одичание, нищета, насилие — вот приметы распада коммунистической империи. Наступил переломный момент в истории России, и ХДС видит ее будущее в возрождении христианской духовной культуры и нравственности, вековых традиций благородства и сострадания, в сочетании с демократическими ценностями мировой цивилизации — парламентаризмом, рыночной экономикой, свободным трудом и мощными социальными программами.

Мы видим будущую Россию как неотъемлемую часть мировой христианской цивилизации. И примечательно, что в 1989 г. ХДС России принят полноправным членом Всемирного Интернационала Христианской Демократии, объединяющего христианско-демократические партии 56 стран мира, многие из которых являются правящими в своих странах (в Австрии, Бельгии, Венгрии, Германии и др.).

Объединяя верующих всех христианских конфессий, а также неимущих дара Веры, но признающих основные христианские ценности людей, ХДС действует на основе уважения Конституции России, ее законов, отдавая приоритет международно-правовым соглашениям. Отступление от правовых норм и принципов не может быть оправдано соображениями целесообразности, как это делается в тоталитарном государстве. Законность выше целесообразности.

Христианские ценности создали европейскую цивилизацию, благодаря которой человечество получило перспективу социально-экономического развития, и влияние их на Западе чувствуется во всем, несмотря на дозольно сильные секулярные процессы. Христианские ценности сказываются в отношении к человеку, во всех сферах жизни, в поведении людей, даже в культуре потребления. Потому что система ценностей и взглядов христианства дает фундаментальные основания морали, которая зиждется на вере в тесноту всего сущего.

Скажем, я не могу оскорбить вас, потому что вы несете в себе образ Божий, оскорбляя вас, я тем самым поднимаю руку на Господа. Любой человек, будь он даже самый низкий и падший, неизмеримо выше, чем весь природный космос.

Помню, после первой своей поездки на Запад, когда я вернулся в нашу атмосферу ненависти в отношениях между людьми, в отношении к человеку, шок, конечно, был колоссальный. Когда я видел там, как водитель обязательно пропускает пешехода, как естественно выглядят на улице, в метро люди — не замученные, незабитые, незапуганные, то в душе вспоминал грязные и темные улицы наших городов, и не просто какое-то недоброе отношение людей друг к другу, а скрытую, внутреннюю агрессивность наших людей. Особенно ярко это проявляется у нас в очереди, затаенная ненависть к ближнему, разрешающаяся в конфликтах, ссорах, потасовках.

Вот к чему ведет попытка уничтожить Бога в сознании людей — открывается то низменное, животное, что преодолевает в себе каждый человек благодаря вере, индивидуально, сам. Что касается исте-

рив человетинного инстинкта самоутверждения, некий готический гадюс достаточно ярко проявлялся в хорошо известной картине: поступь толпы в шествиях на Красной площади по торжественным дням. Так символизировалось полное подавление личности, когда не важен человек сам по себе, а важно то место, которое он занимает в тоталитарной системе.

И не удивительно, что до последнего времени свобода для многих наших соотечественников рисовалась как бы с тех плакатов и журналов, которые попадали к нам с Запада — реклама красивой одежды, автомобилей, словом, всего того, что относится к сфере потребления. Пустившись во все тяжкие, такие люди оставили, образно говоря, один берег, но не достигли другого. Ибо они не ведали об ответственности свободного человека, не исповедовали христианские заповеди, в обществе не пропагандировались христианско-демократические ценности, пропаганда болала за марксистскую этику.

Да и нынешняя эмансипация определенной части населения, особенно молодежи, далека еще от выработки внутренних нравственных механизмов поведения, приводит к диковатым формам проявления собственного «Я», чисто физическим. Что особенно ужасно, хлынула волна уголовных преступлений, прежде всего краж: люди не считают зазорным что-нибудь украсть. А ведь до революции в России практически не знали запоров и замков, теперь же мы стали нацией воров, как это ни горько осознавать. Таковы последствия забвения христианских ценностей, потери дара Веры.

— Но ведь сегодня, как никогда за 70 лет, наблюдается массовый интерес к обретению христианской веры в России? Люди раскрепощаются, избавляясь от оков политизированной идеологии правившей десятилетиями верхушки, вождей.

— Конечно, процесс такой идет, освобождая человеческие души, но люди пока еще не имеют (или не видят) перед собой достойных образцов человеческого поведения в нашей жизни. Идет поляризация: одна часть общества (это довольно широкие круги интеллигенции, молодежи) обращается к религии, другая же, в более раскованном состоянии, начинает борьбу просто за выживание.

Вот почему ХДС России выступает за утверждение основных ценностей христианской этики — любви, милосердия, справедливости и солидарности, принципов и политических навыков западноевропейского демократического движения (эволюционный путь развития, плюрализм, персонализм и т. д.), отстаивая свободу, права и достоинство человека, приоритет прав человека перед интересами государства.

Государство — для человека, высшая ценность — человек. Поэтому необходимо обеспечить право каждого гражданина оспаривать в судебном порядке действия любых органов государственной власти и управления. А право каждого человека создавать профессиональные союзы и входить в них для защиты своих интересов должно быть защищено специальным законодательством. Законы государства должны соответствовать международным соглашениям по правам человека, в основе которых лежат принципы Всеобщей декларации прав человека и Международного пакта о гражданских и политических правах.

Совесть, мораль и вера составляют неотъемлемое свободное достояние личности и не подчинены государственной власти, которая распространяется только на действия граждан. Необходимо обеспечить правовые гарантии ликвидации принудительного труда и унижения человеческого достоинства в местах заключения, в армии, где это имеет место, в учебных заведениях, в лечебных учреждениях. Медицина не должна нести карательные функции, принудительное лечение может применяться только по решению суда к узкой категории душевнобольных лиц, представляющих опасность для самих себя и окружающих. Смертная казнь за ненасильственные преступления должна быть отменена немедленно, а в целом — поэтапно.

Должно быть провозглашено равенство экономических и имущественных прав всех физических и юридических лиц, в том числе и иностранных, на территории России, при этом обеспечена свобода передвижения — поэтапной отменой института прописки. Мы выступаем за принятие Декларации «О вечных и неотъемлемых правах российских граждан», которая

должна установить тот минимум прав граждан, который абсолютно неприкосновенен для государственной власти.

Хочу подчеркнуть, что все эти цели, согласно Программе ХДС России, должны достигаться исключительно мирными конституционными средствами политической борьбы, будь то словом или делом, что включает участие в работе выборных органов, обращения к гражданам, через средства массовой информации, мирные демонстрации, митинги, кампании гражданского неповиновения, забастовки, и, конечно, предполагает конструктивное сотрудничество со всеми христианскими и демократическими силами как внутри страны, так и за рубежом.

— А как предполагается взаимодействовать с представителями иных религиозных движений?

— Объединяя граждан любой национальности и любого гражданства, ХДС России не приемлет насилия, классовой, национальной и религиозной вражды. Безусловно, мы нуждаемся сейчас не просто в веротерпимости, а в реальном взаимодействии в заботе о настоящем и будущем страны, в реализации программных задач.

Прежде всего, мы сами должны содействовать работе всех общественных организаций и движений, способствующих восстановлению гражданского общества в России. С другой стороны, ведь не церковь должна стать во главе государства. Люди, которые не веруют в Господа нашего, Иисуса Христа, но разделяют наши убеждения, христианско-демократические ценности, также могут внести наши тенденции в социальную реальность, развивать культуру общественных отношений, соответствующую цивилизованному человеку.

Один пример. В нынешней ситуации, когда многие недовольные призывают устроить суд над КПСС (дело доходит даже до сбора подписей), мы считаем, что не должны приветствовать такой ход событий, хотя категорически не согласны с коммунистической идеологией. Потому что мы выступаем именно против идеологии, а не живых людей — ее носителей. Так проявляется христианское понимание солидарности (соборности), столь необходимой, чтобы выволить общество из этой катастрофы, в которую нас завел коммунизм.

Солидарность в христианском понимании и означает в данном случае единение всего народа в здоровый социальный организм, ведь российский народ имеет свою историю, свое призвание, свой талант, наконец. Что касается народов, населяющих республики Союза, ХДС России видит будущее его как Конфедерации независимых государств.

Солидарность имеет еще одну сторону. В той панораме идей, которая открылась перед нашим освобождающимся народом, либеральные партии выступают за общество равных возможностей. И хотя мы разделяем равенство прав, принцип равных возможностей у нас заменяется принципами христианской этики. Мы не можем создавать ситуацию борьбы за выживание среди людей. Другими словами, мы за рыночную экономику, но мы за социальную рыночную экономику, когда более сильные, удачливые, более талантливые люди, исходя из христианской солидарности, должны делиться частью своего успеха, того материального богатства, которое они заработали своим трудом, с менее удачливыми, с аутсайдерами, с теми, кто не выдержал экономического соревнования, оказался маргиналом.

Собственно, эта идея в зародыше начала осуществляться еще в дореволюционной России. Русское промышленное купечество было достаточно благотворительным: больницы, университеты, церкви строились в основном на пожертвования. Небольшие, в особенности города, если в них проживало с десятком купцов, развивались фактически за их счет.

Могу привести пример — Чистополь, город, откуда я родом. Это был богатый купеческий городок, в отличие от теперешнего, больниц, во всяком случае, не прибавилось, да и театров тоже, и купец тогда мог позволить себе построить три совершенно одинаковых дома — в Чистополе, Петербурге и в Париже.

— Александр Иоильевич, как известно, вы были политзаключенным в период с 1978 по 1987 гг., отбывание ратовала мировая общественность, выступал Андрей Дмитриевич Сахаров, а отбывая срок в зоне

... (Парламент), вы провели 2 голодовки за право на забастовку и в защиту прав эков. А есть еще одна знаменитая книга Чистопольская тюрьма уже судостроительной революции!

— Да, но это была значительно меньше и, насколько я знаю, политзаключенных там вообще тогда не было.

— Еще один вопрос. Вот вы говорите о том, как с христианско-демократических позиций относиться к свободе, к равенству прав и возможностей человека в обществе. Но не секрет, что все 70 лет укоренялось у нас представление о социальной справедливости как об уравниловке. Более того, многие из тех, кому свобода предлагается «просто так», кто в страхе готов уступить за сданный «порядок», согласны на обезличивный, бюрократический, унифицированный образ жизни. Тогда, мол, все будут жить одинаково хорошо.

С такой ментальностью возможно ли движение к свободному рынку, пусть даже социальному? Как согласуется это с христианским образом жизни? Не будет ли засидеть тот, кто не преуспел, тому, кто занимается благотворительностью?

— Зависть это извечное чувство, порожденное классовой моралью, когда реализуется гнусная идея распределения, идея голушистская, на которой при отсутствии рыночной экономики играют, к сожалению, те, кто добивается власти. В наших условиях распределение дает власть. Это власть командно-административная, существующая за счет уравниловки. Такой «порядок» никак не согласуется с христианским образом жизни, и об этом свидетельствуют прежде всего те гонения на церковь, которые до последнего времени называли атеизмом в стране победившего, а затем «реального», зрелого социализма.

ХДС России выступает за приоритет частной собственности в различных ее формах: индивидуальной, коллективной, акционерной, за право человека на предпринимательскую деятельность, предусматривая эффективную социальную защищенность нетрудоспособной части общества за счет результатов максимального раскрепощения трудоспособной его части. Ведь Бог создал многокачественный мир, и мы должны любить и уважать это многообразие, составляющее палитру общественной жизни. Каждый человек обладает талантом, данным только ему, и многообразие это, в соотношении с принципом солидарности (заборности), образует яркий человеческий мир.

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Многие из тех, кто в своих письмах просит выслать годовые комплекты «Твое здоровье» (либо отдельные номера) за прошлые годы, не знают, к сожалению, что такую просьбу редакция выполнить не может: издание распространяется через СОЮЗБИБЛИОТЕКУ.

Между тем выпуски «Твое здоровье» действительно становятся библиографической редкостью, несмотря на миллионные тиражи. Во многом это объясняется тем, что они быстро ветшают, плохо сохраняются и фактически обречены на исчезновение. В особенности это затрагивает интересы библиотек, коллективных да и индивидуальных подписчиков.

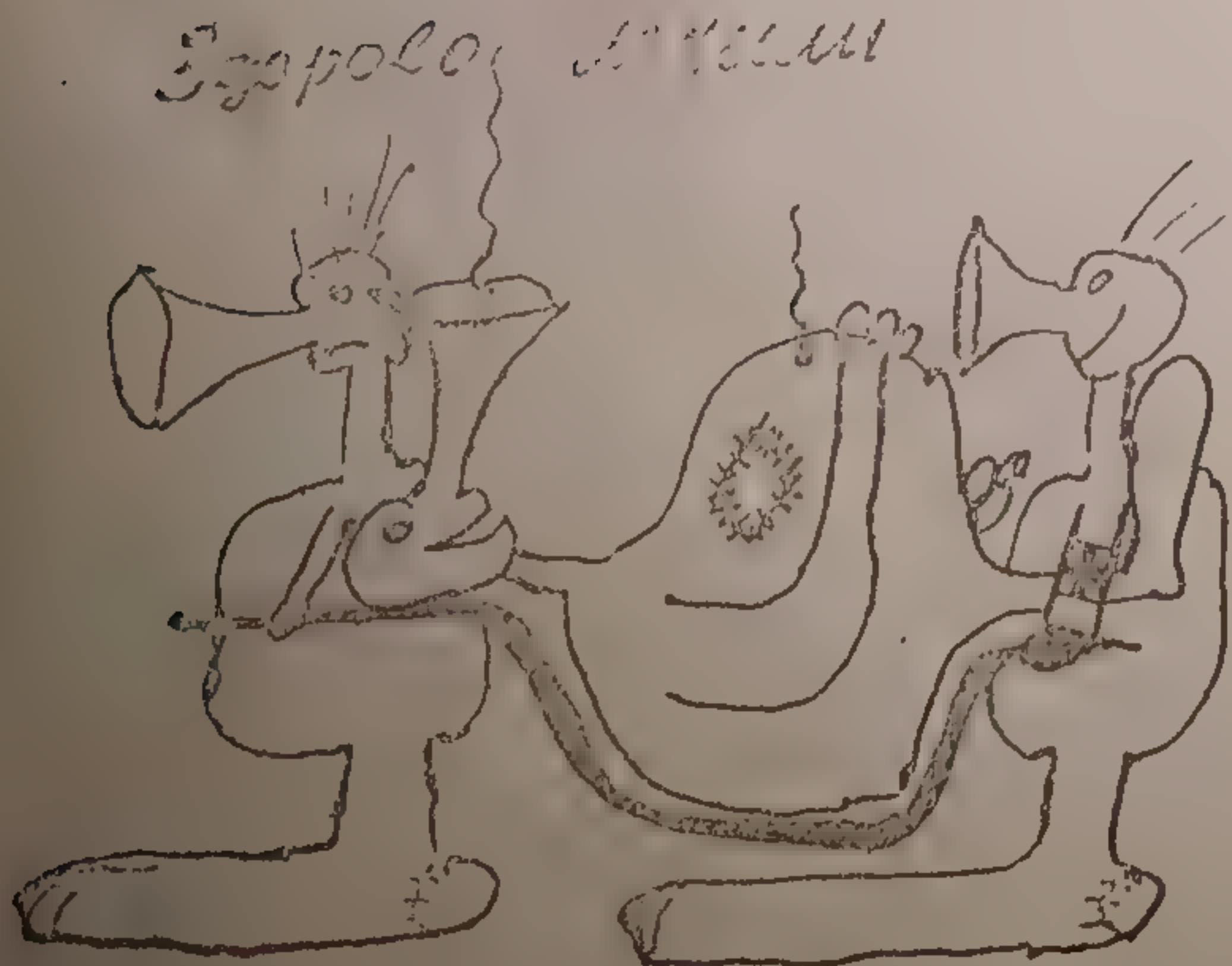
ПРОДЛИТЬ СРОК ЖИЗНИ ИЗДАНИЯ

В информационной технологии, наряду с компьютеризацией и ксерокопированием, широко используется перенос информации на микрофиши. Это позволяет в сотни раз сократить занимаемые изданиями объемы, упростить поиск и хранение, наконец, продлить срок жизни издания.

Микрофиши — это карточки размером 10×15 см, содержащие изображение на прозрачном носителе. На одной такой карточке умещается миниатюрное изображение, например, целого номера «Твое здоровье». Теперь имеется возможность заказывать изготовление микрофиш, а также приобрести уже готовые для их чтения аппараты как за наличный, так и за безналичный расчет (справки по телефону в Москве: 165-01-36).

Микрофиши высылаются индивидуальному заказчику положенным платежом по указанному в заявке обратному адресу, а это значит, что оплата производится за наличный расчет и только по получении заказа. Заявки направляются по адресу: 105836, Москва, ГСП Е-37, ИНФОРМЭЛЕКТРО, стрел 39 (ГА-2). Что касается организаций, библиотек и других учреждений, оплачивающих заказы по безналичному расчету, свои заявки на микрофиши они посылают, предварительно перечислив оплату на расчетный счет: Р/С № 261812 в Первомайском отделении Промстройбанка СССР г. Москвы, МФО 201177, код 9201179, заказ 811/39, ИНФОРМЭЛЕКТРО. Московские заказчики пишут «УЧ-22» вместо «МФО 201177». Сроки изготовления микрофиш — до 1 месяца.

Таким образом, ИНФОРМЭЛЕКТРО может выслать в адрес заказчика годовые комплекты «Твое здоровье» на микрофишах за 1988, 1989 и 1990 г., а в дальнейшем — за 1991 г. Годовой комплект (на 13 черно-белых микрофишах) стоит за наличный расчет (наложенным платежом) — 45 руб., а по безналичному расчету (библиотекам, организациям) — 70 руб. В комплекте 13-я микрофиша содержит справочный аппарат издания, оглавления всех номеров и их аннотации.



ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ

Рассказывает член-корреспондент Академии наук
Белоруссии, профессор Николай Иванович
АРИНЧИН

ГОМОКИБЕРНЕТИКА НА КАЖДЫЙ ДЕНЬ

С появлением новых терминов (а они всегда отражают прогресс наших знаний) неизбежно возникает необходимость раскрытия их сущности, ибо терминологическая неясность для науки, по образному сравнению немецкого ученого-языковеда Гуго Шухардта, все равно, что туман для мореплавателя.

Номо (лат. — человек), kybernetike (греч. — управление), отсюда гомокибернетика — искусство управления кровообращением, кровоснабжением и всей жизнедеятельностью организма человека с целью укрепления здоровья, повышения творческой активности и продления жизни. Этот термин родился не как игра слов, а выражает совершенно определенное направление в физическом совершенствовании, гармоническом развитии личности.

В ней по-новому рассматривается роль скелетных мышц в кровообращении. Любой скажет, что скелетные мышцы — это органы передвижения, речевой деятельности, генерации тепла (образно говоря, они являются печкой, согревающей наш организм) и т. д.

А как они участвуют в кровообращении?

Более 100 лет тому назад русские ученые И. П. Щелков и В. К. Задлер сделали важное открытие о резком увеличении кровотока в скелетных мышцах при их работе. До них было известно, что все органы — будь то головной мозг при умственной деятельности, желудочно-кишечный тракт при переваривании пищи и т. д. — получают больше крови по сравнению с покоем, но всего лишь в 5—7—10 раз, а скелетные мышцы — в 60—80 раз и более.

Это явление стали объяснять — по образу и подобию всех других органов — гиперемией (греч. — обильное кровенаполнение, например покраснение лица), а по отношению к скелетным мышцам оно получило название «рабочая гиперемия скелетных мышц». Причем столь большая их потребность в крови стала расцениваться как нагрузка на сердце. Общеизвестно, что при нагрузке каждый мотор, насос, каким является и сердце, будет быстрее изнашиваться и выходить из строя. Отсюда следовал вывод, что охранительным для сердца должен быть режим мышечного покоя, выражающийся в пониженной двигательной активности.

В свое время такой режим получил широкое применение в клинической практике. Больных инфарктом миокарда укладывали в постель и запрещали даже шевелить пальцами. Но они в этом режиме чувствовали себя все хуже и чаще погибали. Те же, кто вопреки предписанному режиму двигались, сами себя обслуживали, быстрее поправлялись и возвращались к труду. Так клиническая практика отвергла режим мышечного покоя, ибо он оказался не охранительным, а, наоборот, губительным. Во всех клиниках мира на смену ему пришел режим ранней двигательной активности и физической культуры. Но при этом оставалось неясным, почему такие нагрузки ока-

зали благотворное воздействие. Ведь они вроде бы отягощают работу даже здорового сердца.

Ответ был получен, когда удалось выяснить, почему и как расширяются кровеносные сосуды внутри сокращающейся мышцы. Расширяются, несмотря на то что мышца давит на них с силой, во много раз превышающей внутрисосудистое давление крови! Для объяснения расширения сосудов выдвигалось много гипотез: метаболическая, аноксическая, рефлекторная, гиперосмотическая, гистомеханическая и др., но все они оказались недостаточными, а сам факт усиления кровоснабжения скелетных мышц при их работе оставался нераскрытой тайной.

Этой тайны сейчас не существует. С помощью вибрационной гипотезы обнаружено, что скелетные мышцы, наряду с общеизвестными качествами силы, скорости и выносливости, лежащими в основе локомоторной, трудовой и спортивной деятельности, обладают еще и ранее неизвестным микронасосным свойством. Скелетные мышцы состоят из мышечных волокон, которые сокращаются асинхронно (разновременно), со звуковой частотой. Чтобы это почувствовать, достаточно плотно закрыть уши ладонями и стиснуть зубы. Жевательные мышцы сократятся, и можно услышать их гудение, похожее на звук, сопровождающий полет жука, шмеля. И чем сильнее сжаты челюсти, тем сильнее звучание этих мышц. Следовательно, скелетные мышцы являются своеобразными «физиологическими вибраторами», самостоятельными присасывающе-нагнетательными вибрационными насосами.

При различных сокращениях мышечные волокна воздействуют на расположенные параллельно с ними кровеносные сосуды, и в виде многочисленных своеобразных внутримышечных микронасосов присасывают артериальную кровь на входе в мышцу, облегчая тем самым нагнетательную работу сердца, проталкивают эту кровь по внутримышечным сосудам и нагнетают на выходе из скелетной мышцы венозную кровь к сердцу с энергией, превышающей максимальное артериальное давление в 2—3 раза. Если сердце, как мы хорошо знаем, нагнетает артериальную кровь с давлением 120 мм рт. ст., то скелетная мышца способна нагнетать венозную кровь с силой в 200, 250 и даже 300 мм рт. ст., возвращая ее к сердцу для его наполнения.

Полностью изолированная из организма мышца, будучи заключенной на искусственный круг кровообращения, способна при сокращении самостоятельно передвигать кровь по этому кругу по образу и подобию сердца. Поэтому ее можно назвать «периферическим сердцем» (ПС). Чрезвычайно важно, что эти многочисленные «периферические сердца» — а их по количеству скелетных мышц у человека более 1000 — работают самостоятельно как присасывающе-нагнетательные микронасосы не только при различных видах сокращений: ритмических, аритмических, тонических, тетанических, аусотонических и др., но и при растяжении. Иначе можно сказать, что они не имеют «холостого хода».

Вслед за обнаружением микронасосного свойства скелетных мышц было установлено, что оно проявляется с первого года жизни ребенка, достигает наибольшего развития и эффективности к зрелому возрасту и затухает к старости; что оно поддается физической тренировке, и наобо-

рот, ухудшается и пропадает при сниженной двигательной активности, так называемой гипокинезии, в чем и состоит ее не известный ранее механизм губительного влияния на организм.

При гипокинезии скелетные мышцы слабо помогают сердцу, и оно преждевременно и ускоренно изнашивается. В этом одна из главнейших причин заболеваний сердца и всей сердечно-сосудистой системы. Зная ее, можно разрабатывать средства и методы предупреждения, лечения и полной ликвидации заболеваний.

Ниже предлагаются конкретные рекомендации по практическому применению гомокибернетики в двух ее вариантах. Рассмотрим их по порядку. Аутогомкибернетика означает приобретение на новой научной основе каждым человеком навыков и способностей самому управлять своим кровообращением, кровоснабжением организма, головного мозга и в конечном счете развитием организма с целью укрепления здоровья.

Как известно, управлять непосредственно своим сердцем, сосудами и кровообращением человек не может, ибо они — саморегулирующиеся органы, в известной степени автономные. И это хорошо, ибо английский генерал Таусенд умел управлять своим сердцем в сторону замедления его сокращений, но после одного из таких экспериментов над собой он умер. В данном случае речь идет не об управлении работой своего сердца непосредственно, а об оказании ему все большей помощи опосредованно — со стороны послушных воле человека скелетных мышц как «периферических сердец», о роли которых рассказано выше.

Заставляя скелетные мышцы сокращаться и расслабляться, каждый человек побуждает ПС и все другие внесердечные насосы — грудной, брюшной, диафрагмальный — и венозные помпы (ВП) к деятельности. (ВП возвращают кровь к сердцу путем сдавливания крупных вен, расположенных между мышцами. Благодаря наличию клапанов в венах кровь движется в одном направлении.) Эти насосы присасывают артериальную кровь, облегчая работу сердца, и возвращают венозную кровь к нему же для его пополнения. В этом случае сердце будет работать в наиболее благоприятных условиях.

В отличие от мышечного покоя такой режим является вспомогательно-тренировочным: тренировочным для микронасосов скелетных мышц и действительно охранительным для сердца.

1. Тренировка ПС и ВП туловища, грудного, брюшного и диафрагмального насосов. Для выполнения этого упражнения надо сесть на мягкий стульчик, вытянуть ноги и опереться ими во что-либо. Поворачивая туловище влево и вправо, отклоняться постепенно все больше назад, вплоть до горизонтального положения с возвращением в положение сидя.

Каков эффект этого упражнения? Дело в том, что во время сна многие помощники сердца отключаются. Нагрузка на него уменьшается за счет того, что кровь становится более жидкой: форменные элементы, эритроциты и лейкоциты, депонируются в печени, селезенке и других органах. После пробуждения их надо перевести в кровяное русло, промассажировать, «промыть» внутренние органы, запустить помощников сердца, облегчить его работу с усилением кровоснабжения всего тела и особенно головного мозга. Это достигается в результате предложенной тренировки.

2. Тренировка ПС и ВП нижних конечностей с помощью приседаний с удержанием туловища ближе к горизонтальному положению, опустив руки на колени. Поднятие венозной крови из

ног — наиболее трудная работа для сердца, и если бы не его помощники, выполнить ее было бы невозможно.

Действительно, давление в капиллярах составляет до 10 мм рт. ст., чего явно недостаточно для поднятия венозной крови из нижних конечностей к сердцу, особенно когда человек стоит. Для преодоления сил земного притяжения в данном случае необходимо усилие в 100 мм рт. ст., то есть не хватает 90 мм рт. ст. Вот эта разница и покрывается с помощью «периферических сердец», которые нужно тренировать.

3. Тренировка ПС и ВП рук путем различных упражнений, можно с гантелями.

4. Тренировка ПС и ВП шеи, если нет противопоказаний к этому со стороны врачей.

5. Самомассаж шеи, головы и ушных раковин, что улучшает кровоснабжение головного мозга, предупреждает появление шейного остеохондроза.

6. Массаж кожи от пальцев ног и рук по направлению к сердцу, но при отсутствии варикозных расширений вен, тромбозов и кожных заболеваний.

Эти рекомендации отличаются тем, что преследуют развитие микронасосной способности всех 1000 с лишним скелетных мышц без больших отягощений, что является базой совершенствования качеств силы, скорости и выносливости, необходимых для эффективных трудовой и спортивной деятельности.

При этом главное — постепенность, регулярность и отсутствие перегрузок. Все упражнения следует делать в приведенной выше последовательности. Начинать же лучше с нескольких и осторожно увеличивать их повторение, но при условии, если сердце не ощущается. Это означает, что скелетные мышцы переходят на самообеспечение кровью, а в таком состоянии они из потребителей и «изжидивцев» сердца становятся «периферическими сердцами», отличными помощниками главного мотора, облегчая его работу, давая ему возможность совершенствоваться и становиться надежным, неуязвимым к заболеваниям.

Достигнутый уровень тренированности, объем и интенсивность занятий надо поддерживать, ибо при перерывах микронасосы скелетных мышц как бы разучиваются работать, и все придется начинать сначала. Этот комплекс упражнений желательно выполнять не менее трех раз в сутки, дополняя ходьбой, «трусцой» и т. д. Длительный бег трусцой развивает качество выносливости, продолжительной работы ПС и ВП. Бежать надо от инфаркта без большого утомления, а не к инфаркту, перегружая себя.

Аутогомкибернетика предусматривает и тренировку ПС для людей с профессиональной сниженной двигательной активностью, например, работающих за письменным столом.

1. Прежде всего надо научиться безостановочно шевелить пальцами ног, делать велосипедные и другие движения ногами. Сокращающиеся мышцы будут поднимать венозную кровь к сердцу, облегчая его работу.

2. Сокращать ягодичные мышцы и анус, чтобы в них не застаивалась венозная кровь.

3. Сокращать мышцы живота и массажировать внутренние органы.

4. Делать различные движения туловищем.

5. Периодически делать глубокие дыхательные движения. При вдохе опускающаяся диафрагма давит на внутренние органы брюшной полости, выжимая из них венозную кровь в грудную полость и затем к сердцу, одновременно массируя внутренние органы. Расширение же грудной клетки расправляет легкие, присасывает к ним

кровь, тоже облегчая работу сердца. Таким самым раздражат грудной, брюшной и диафрагмальный насосы — помощники сердца, предупреждая застой крови.

6. Двигать правым и левым плечом поочередно или вместе. Сокращать мышцы спины, лопаток, сближая и раздвигая их.

7. Работать пальцами рук, сжимать кисти в кулак, сокращать мышцы предплечья и плеча.

8. Сокращать мышцы шеи с отклонением и вращением головы в разные стороны. Делать самомассаж мышц шеи, основания черепа и головы.

9. Массажировать слуховой проход (помогает против отосклероза) и ушные раковины до их покраснения, что усиливает кровообращение мозга.

10. Из положения сидя приподниматься на согнутых ногах, расправлять грудь, запрокидывать голову, распрямлять свое тело.

Эти движения, как правило, незаметные для окружающих, можно разнообразить по своему желанию, делать их сидя, на работе и дома. По мере повторения они будут выполняться автоматически и станут такими же необходимыми, как дыхание. Каждый человек с помощью аутогомокибернетики должен научиться управлять помощниками сердца, укреплять свое здоровье и научить этому своих детей, родных и близких.

Контроль за эффективностью аутогомокибернетики может проводиться по снижению случаев заболеваний, по лучшему субъективному состоянию. Но есть и объективные показатели, регистрируемые специальными аппаратами. Так как они не всем доступны, то на первых порах, с известным приближением, состояние своего организма и направленность совершающихся в нем изменений можно получить расчетными методами с использованием модифицированной формулы Старра:

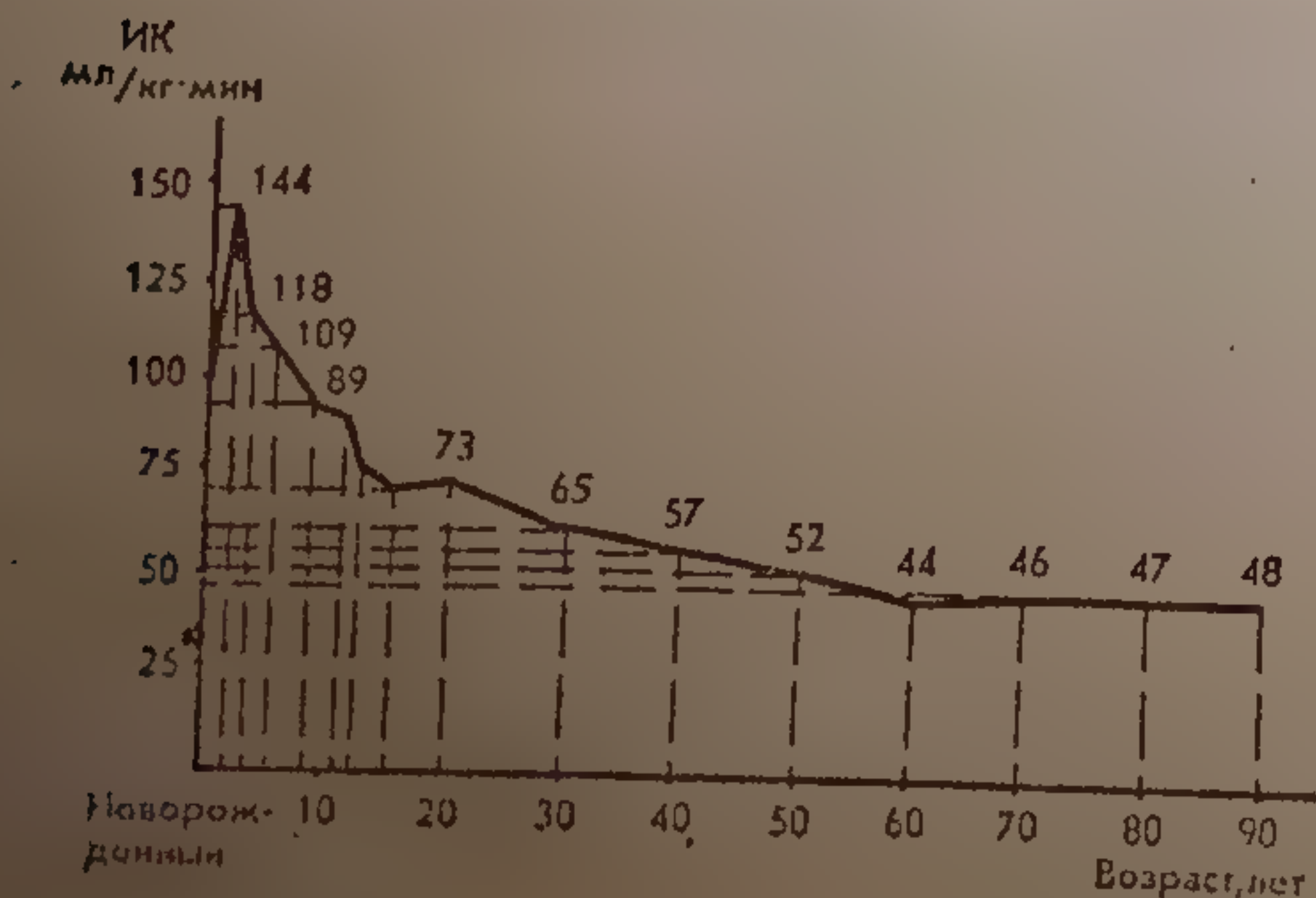
$$ИКф = \frac{(100 + 0,5ПД - 0,6ДД - 0,6В) \times ЧП}{М}$$

где ИКф — фактический индекс кровоснабжения; ПД — пульсовое давление, ДД — диастолическое давление, В — возраст, ЧП — частота пульса, М — масса тела.

Данный расчетный метод, не претендуя на абсолютную точность, тем не менее вполне правомочен, ибо движение крови в сосудах человека происходит по законам гидродинамики — движения жидкостей по трубам и в руслах рек, но со своей спецификой, что потребовало модифицировать известную формулу.

Для облегчения расчетов всем, кто пожелает это сделать, обратимся к конкретному примеру.

Человеку 40 лет (В), его вес (масса) 70 кг (М),



систолическое артериальное давление (СА) — 120 мм рт. ст., диастолическое давление (ДА) — 80 мм рт. ст. Пульсовое давление (ПД) есть разность между систолическим и диастолическим (в обиходе чаще употребляются понятия «верхнее» и «нижнее» давление). В нашем случае: $120 - 80 = 40$ мм рт. ст. Частота пульса (ЧП) — 75 ударов в минуту. Если кровяное давление в пределах нормы, частота сердечных сокращений тоже, то по этим показателям человек практически здоров. Что же получается по расчетным данным?

$$ИКф = \frac{(100 + 0,5 \times 40 - 0,6 \times 80 - 0,6 \times 40) \times 75}{70} = 51,4 \text{ мл/кг} \cdot \text{мин.}$$

Итак, мы получили фактический индекс кровоснабжения. Он означает количество крови, приходящей к 1 кг массы тела данного человека в 1 минуту и характеризует величину кровоснабжения его организма. По этому показателю можно определить биологический возраст, обратившись к приведенному рисунку, где по оси ординат — индекс кровоснабжения, по оси абсцисс — биологический возраст.

Прежде чем разбираться, хорош или нет полученный результат, следует уяснить себе, что такое биологический возраст. Всем известен паспортный (хронологический или календарный) возраст, который исчисляется от рождения. Но существует еще и биологический, и костный. Последний определяется по состоянию костной системы, прорезыванию и стертости зубов.

Известно, что кости у ребенка, образно говоря, мягкие, а с возрастом они все больше насыщаются солями, укрепляются. Биологический же возраст представляет собой структурно-функциональное состояние организма человека, которое может не совпадать с паспортным возрастом, а опережать или отставать от него. Как же это установить? Определенное представление дает лицо — его принято считать зеркалом возраста. Но наиболее информативными, точными являются показатели кровоснабжения единицы (1 кг) массы тела.

Поманая кривая на нашем графике отражает должные величины кровоснабжения, полученные при обследовании большого количества здоровых людей от рождения до 90-летнего возраста. Видно, что организм новорожденного хорошо снабжается кровью. Его ткани на 1 кг получают 100 мл крови в минуту. Кровоснабжение еще больше увеличивается к 1 году жизни ребенка, достигая 144 мл/кг·мин, а затем оно закономерно, но не строго линейно, а по гиперболической кривой уменьшается до самых минимальных величин, недостаточных для поддержания жизни.

Итак, в возрасте 40 лет ИК должен быть 57 мл/кг·мин, а у нашего пациента он фактически равен 51,4 мл/кг·мин. Значит, его сердечно-сосудистая система постарела на 10 лет и близка к 50-летнему возрасту, что, конечно, нежелательно. В процентах это выражается следующим образом:

$$ИК = \frac{ИКф}{ИКд} = \frac{51,4}{57} \times 100 = 90\%,$$

что означает ухудшение кровоснабжения на 10%, а это говорит об ускоренном биологическом старении вопреки паспортному возрасту.

Но еще более любопытными и важными в практическом применении гомокибернетики являются

индекс периферического сопротивления
судов по модифицированной формуле Пуазейля:

$$\text{ИПС} = \frac{P_{\text{ср. ф}} \times \text{ИК}_1}{\text{ИК}_2 \times P_{\text{ср. д}}} \times 100,$$

где ИПС — индекс периферического сопротивления
сосудов, $P_{\text{ср. ф}}$ — среднее артериальное да-
вление; ИК — индекс кровоснабжения, который
должен быть в данном возрасте; ИК_ф — факти-
ческий, а $P_{\text{ср. д}}$ — среднее артериальное давле-
ние, нормальное, должное для данного возраста,
которое найдем в таблице.

Таким образом, в нашем случае известны все
величины, кроме фактического среднего артери-
ального давления, которое рассчитывается сле-
дующим образом:

$$P_{\text{ср. ф}} = \text{ДД} + \frac{1}{3} \text{ПД, т. е. } 80 + \frac{1}{3} \times 40 = 93 \text{ мм}$$

рт. ст.

Соответственно

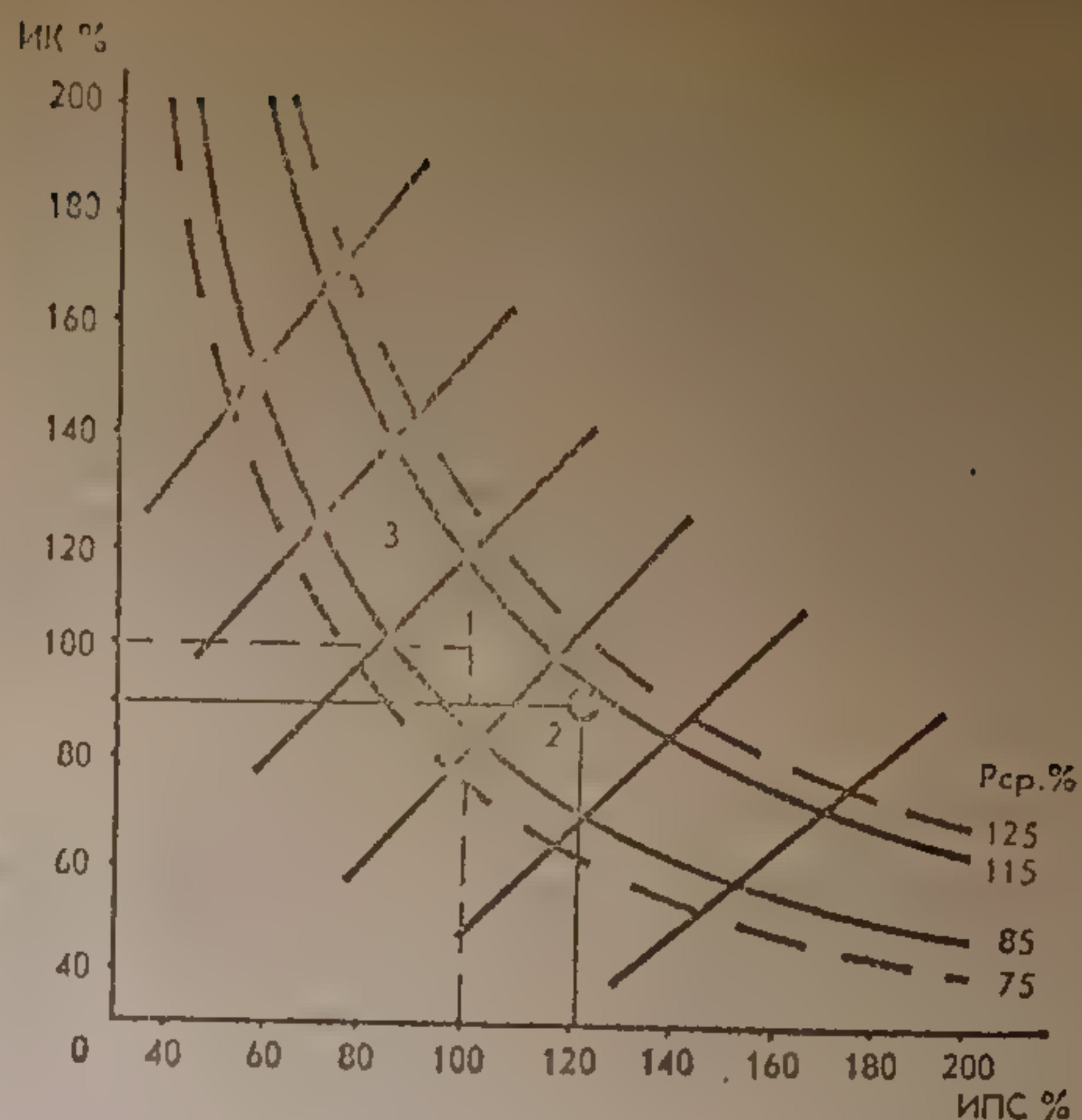
$$\text{ИПС} = \frac{93 \times 57}{51,4 \times 85} \times 100 = 121\%.$$

Теперь, при нанесении на приведенный на ри-
сунке график (по оси ординат — индекс крово-
снабжения, по оси абсцисс — индекс перифери-
ческого сопротивления сосудов) 90 процентов ИК
и 121 процент ИПС находим точку пересечения
на плоскости координат и обнаруживаем, что ар-
териальное давление у данного человека хотя и
нормальное, но оно поддерживается повышенным
на 21 процент сопротивлением сосудов, компен-
сируя тем самым сниженное на 10 процентов кро-
воснабжение организма. Это плохо для него и
представляет собой повышенную нагрузку на
сердце. Человек имеет нежелательный сосудистый
тип саморегуляции кровообращения с угрозой пе-
рехода его в сосудистую патогенетическую форму
гипертонической болезни.

Сердечно-сосудистая система является саморе-
гулирующейся, автономной, и наилучшим являет-
ся средний тип саморегуляции кровообращения
(1), при котором нормальное артериальное давле-
ние поддерживается тоже нормальным соотноше-
нием между работой сердца (ИК) и тонусом со-
судов (ИПС), равным в обоих случаях должным
величинам, т. е. 100 процентам. Если же кровяное
давление обеспечивается больше чем на 100 про-
центов сердцем и меньше чем на 100 процентов
сосудами, то это будет сердечный тип саморегу-
ляции кровообращения (3). Он лучше, чем сосу-
дистый (2), но, как было уже отмечено, нужно
стремиться к среднему.

Каким же образом? С помощью аутогемокли-
беристики. Каждый человек должен сам повысить
свою собственную двигательную активность, за-
пустить «периферические сердца», заставить их
сильней работать как насосы. Тогда они больше
возвратят венозной крови к сердцу, оно будет
больше наполняться при более редком пульсе,
станет проталкивать больше крови в сосуды и
перейдет на более эффективный и экономичный
режим деятельности. Показатель ИК возрастет,

Возраст, лет	Мужчины	Женщины
3—7	70	70
7—12	74	74
12—16	76	76
16—19	78	78
20—29	80	80
30—49	85	85
50—59	90	85
60—74	95	100
75 и старше	105	110



кровообращение тела увеличится, точка из секто-
ра 2 перейдет в сектор 1, из сосудистого в сред-
ний тип саморегуляции кровообращения, и все
оно помолодеет.

Не менее важно и второе направление гомокли-
беристики — гетерогемоклиберистика (Heteros —
греч., другой). Проще говоря, речь идет о приви-
тии навыков гомоклиберистики окружающим, что
является одним из важных направлений укрепле-
ния здоровья каждого человека и всего населе-
ния. В этом процессе призваны участвовать роди-
тели, воспитатели, педагоги, руководители пред-
приятий, государственные органы и общественные
организации.

Гетерогемоклиберистика не дублирует и не за-
меняет традиционные медицину, физкультуру и
спорт, все немедикаментозные народные и восточ-
ные средства и методы, а дополняет их, концент-
рируя особое внимание на ликвидации одного из
главных источников заболеваний, которые
угрожают здоровью со дня рождения — при вос-
питании детей в условиях сниженной двигатель-
ной активности, губительной гипокинезии в дет-
ских яслях и садах, а также учебных заведениях.

Упущения в воспитании детей, ведущие к не-
доразвитию у них скелетных мышц как «перифе-
рических сердец», приводят к тому, что сердце,
не получая от них должной помощи, преждевре-
менно изнашивается и его заболевания становят-
ся неизбежными, из года в год «молодеют», т. е.
распространяются на лиц все более молодого воз-
раста.

Можно было бы на первых порах сократить хо-
тя бы 6 уроков в неделю по предметам и исполь-
зовать их для проведения уроков аутогемокли-
беристики — обучения детей умению управлять сво-
им здоровьем. Ведь двух часов физкультуры явно
недостаточно для тренировки микронасосов ске-
летных мышц. Тогда, безусловно, снизится забо-
леваемость молодого поколения, сократится коли-
чество бюллетей, получаемых родителями для
ухода за больными детьми.

Человек еще мало познал самого себя. Он от-
крыл главные законы природы, оказал преоб-
разующее влияние на планету, вышел в космос,
но сам наш организм остался еще мало изучен-
ным. Между тем правомерно утверждать, что на-
ряду с духовной и социальной существует также
телесная (соматическая) сфера жизни общества,
и она требует не меньшего внимания и заботы.
Поэтому все должны знать о помощниках своего
сердца. Давайте заставим их работать!

Хатха-Йога — это часть философской системы йогов, которая говорит о физической стороне человека. Предметом ее является забота о физическом теле, о его благосостоянии, здоровье, крепости, а также все то, что способствует поддержанию в человеке естественного и нормального состояния его здоровья.

Так определяет предмет нашего внимания пользующийся всемирной известностью вот уже почти столетие труд РАМАЧАРАКА «Хатха-Йога, или Йогическая философия физического благополучия», который предлагаем читателю в переводе йога РАМАНАНТАТИ. [Начало см. в № 1/91 «Твое здоровье»].

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕЛА

Поскольку многие даже из так называемых образованных людей не имеют или почти не имеют понятия о природе, функциях и назначении различных органов тела, то мы считаем нелишним сказать здесь несколько слов о наиболее важных органах тела, имеющих дело с перевариванием и усвоением пищи, поддерживающей тело, т. е. о тех органах, которые представляют собою как бы лабораторию человеческого организма.

Первой частью нашей пищеварительной машины являются зубы. Природа снабдила нас зубами, чтобы мы могли разрывать и измельчать пищу, доводя ее до такого состояния, когда на нее легче всего смогут воздействовать слюна и желудочный сок, после чего пища принимает жидкую форму, и ее питательные элементы могут легко усвоиться телом.

Все это, конечно, вещи известные, но многие ли из наших читателей на деле показывают, что им известно, для какой цели им даны зубы? Они глотают пищу, как будто зубы существуют у них только для виду, и поступают большей частью так, словно бы Природа наделила их зобом, как курицу, с помощью которого они могут размельчать пищу после того, как она уже проглочена.

Помните же, друзья, что зубы даны вам для определенной цели и что если б только в намерения Природы входило позволить нам глотать пищу, не прожевывая, то она вместо зубов дала бы нам зоб. Мы еще подробно остановимся на работе зубов в дальнейшем, так как правильное пользование ими имеет тесную связь с жизненными правилами Хатха-Йоги, как читатель увидит впоследствии.

Следующим органом, который должен быть рассмотрен нами, являются слюнные железы. Этих желез шесть; из них четыре помещаются под языком и челюстью, а две в щеках перед ушами, по одной с каждой стороны. Их главная функция состоит в выработке и выделении слюны, которая, когда это нужно, вытекает через многочисленные поры в разные части рта и смешивается с пищей, пережевываемой зубами. Если пища пережевана на мелкие части, то слюна лучше пропитывает ее, и это дает лучший результат. Слюна смачивает пищу и тем облегчает ее проглатывание, хотя эта функция для слюны, собственно, не является главной.

Наиболее известная функция слюны (и западная наука считает ее главной) — это ее химическое действие, которое состоит в том, чтобы превратить крахмалистые вещества пищи в сахар, что является первым шагом в процессе пищеварения. Это опять-таки вещь известная. Все знают, что такое слюна, но многие ли едят так, чтоб позволить слюне справиться со своей работой?

Обыкновенно люди проглатывают пищу после самого краткого пережевывания ее и тем нарушают намерения Природы, которая так основательно потрудилась и создала для этой цели такой дивный и тонкий механизм. Но Природа ведь все равно «возьмет свое» и за презрение и пренебрежение к ее намерениям сумеет отомстить, потому что у Природы хорошая память и она всегда заставляет платить своих должников.

Нам не следует забывать упомянуть и о языке, этом преданном друге Человека, на которого столь часто, к сожалению, возлагаются недостойные задачи: участвовать в произнесении бранных слов, сплет-

ничать, лгать, ворчать, клясться, и наконец, но не в последнюю очередь, жаловаться на судьбу.

У языка своя, весьма важная роль в процессе питания тела. Кроме целого ряда механических движений, коими он помогает переваривать пищу, и таких же услуг при проглатывании, он является еще и главным органом вкуса и производит критическую оценку пищи, должной поступить в желудок.

Люди не пользуются должным образом своими зубами, слюнными железами и языком, и поэтому органы эти не могут толком исполнить свое дело. Но если только люди доверятся им и возвратятся к здоровому и естественному процессу еды, то они с радостью увидят, что эти органы оправдывают оказанное им доверие и в полной мере окажут свои услуги. Это хорошие друзья и служители, но нужно иметь к ним немного доверия, чтоб они могли оказаться на высоте своей задачи.

После того как пища разжевана и пропитана слюной, она поступает через горло в желудок. Нижняя часть горла, называемая «глоткой», производит небольшое мышечное сжатие, которое толкает кусочки пищи вниз, этот процесс называется глотанием. Превращение крахмалистых веществ пищи в сахар или глюкозу, начатое с помощью слюны еще во рту, продолжается все то время, пока пища проходит через глотку, и уже почти заканчивается, когда пища достигает желудка.

На основании этого факта можно судить, сколь огромная разница происходит от того, была ли пища перед проглатыванием тщательно разжевана или только поспешно проглочена, едва смоченная слюной, ибо в последнем случае она не может быть переработана в соответствии с замыслом Природы.

Желудок представляет собой как бы мешок со складками вместимостью порядка одной кварты [5 стаканов], а иногда и более. Пища поступает в желудок из глотки с левой его стороны, как раз под сердцем. Покидает же она его потом с правой стороны и входит в тонкие кишки через небольшое отверстие, своеобразный клапан, который так остроумно устроен, что позволяет пище только выходить из желудка, но никогда не позволит ей вернуться из кишечника в желудок обратно.

Этот клапан известен под именем «пилорическая створка» или «пилорические отверстия». Слово «пилорический» образовано от греческого слова, означающего «привратник» — и действительно, эта маленькая створка работает как самый разумный привратник, всегда стоящий на страже и никогда не засыпающий.

Желудок представляет собой большую химическую лабораторию, где пища подвергается химической обработке и изменениям, после которых организм может впитывать ее в себя и превращать в богатую питанием красную кровь, циркулирующую по всему телу, с тем чтобы строить, восстанавливать и укреплять все его органы и части.

Внутренняя сторона желудка покрыта тонкой слизистой оболочкой, испещренной мельчайшими железами. Все эти железы открываются в желудок и вокруг них протянута тончайшая сеть мельчайших кровеносных сосудов с чрезвычайно тонкими стенками. Железы эти вырабатывают и выделяют удивительную жидкость, именуемую желудочным соком.

Желудочный сок — сильно действующая жидкость, растворяющая азотистые части пищи. Он действует также на сахар и глюкозу, которая, как уже было сказано, вырабатывается из крахмалистых веществ пищи с помощью слюны. Желудочный сок — это род горькой жидкости, содержащей в себе химический продукт, называемый пепсином, который является ее деятельной силой и играет главную роль при переваривании пищи.

У нормального, вполне здорового человека желудок вырабатывает в течение суток около одного галлона [4,5 литра] желудочного сока, уходящего на пищеварение. Когда пища достигает желудка, маленькие железы, о которых мы только что говорили, выделяют достаточное количество желудочного сока, который смешивается в желудке с пищевой массой. Затем желудок начинает производить движения, составляющие пищу перемещаться и переворачиваться, вертеться и крутиться, он ворошит и болтает ее до

... этот желудочный сок не пропитает каждую ... массы и не смешается с нею.

... Ум пристально наблюдает за движением желудка и заставляет его работать, как хорошо смазанную машину. И если желудок привык к хорошо подготовленной для переваривания, пережеванной пище, если пища в достаточной мере пропитана слюной, то машина работает идеально. Но если, как это часто бывает, пища не подготовлена для человеческого желудка или пережевана только наполовину, или если владелец желудка — обжора, любящий набивать его до отказа, то правильность работы желудка нарушается. В таких случаях вместо переваривания пищи в желудке начинается процесс ее брожения, и содержимое желудка превращается в гниющую, разлагающуюся массу.

Если бы только люди могли представить себе, какая клоака образуется у них в желудках, они перестали бы пожимать плечами и со скукой смотреть вдаль, когда речь заходит о разумном и здоровом питании. Гнилостный процесс брожения, возникнув как следствие привычки к ненормальному питанию, часто становится хроническим и проявляется в симптомах, известных под названием «диспепсия» (несварение) и других подобных тому нарушениях.

Гнилостные ферменты остаются в желудке в течение длительного времени после принятия пищи, и когда в него поступает новая пища, она смешивается с этими остатками, процесс брожения продолжается, и желудок действительно превращается в нечто весьма напоминающее сточную яму. В таких условиях желудок, разумеется, оказывается не в состоянии правильно исполнять свою работу, поверхность его становится сялой, размягчается и утончается. Железы закупориваются, и весь пищеварительный аппарат желудка превращается в негодную испорченную машину.

При таком положении дел наполовину переваренная пища поступает в тонкие кишки вместе с разными кислотами, образовавшимися при брожении, и результатом тому — весь организм оказывается отравлен и плохо питается.

Итак, вся пищевая масса, насыщенная желудочным соком, перемолотая и перетолченная, выходит с правой стороны желудка через пилоритическую створку и попадает в тонкие кишки.

Тонкие кишки — это трубообразный канал, извилистый и причудливо перекрученный, чтоб занять как можно меньше места и достичь от двадцати до тридцати футов длины. Внутренние стенки его покрыты бархатистой кожей, большая часть которой сморщена поперечными складками, все время совершающими колебательные движения, подталкивающие пищу то назад, то вперед и задерживающие, таким образом, ее прохождение, за счет чего создается и повышается выделение из нее питательных частей и их всасывание. Бархатистость этой слизистой оболочки создается бесконечным множеством микроскопических возвышений, придающих ей сходство с поверхностью плюща. Они известны под именем ресничек кишечника. Их значение и функции будут объяснены ниже.

Как только пища входит в тонкие кишки, она встречается с жидкостью, называемой желчью, которая насыщает ее и смешивается с нею. Желчь представляет собою выделение, вырабатываемое печенью, и находится в готовом состоянии в особом, плотном мешочке, известном под названием желчного пузыря. Около двух с половиной стаканов желчи уходит в день на насыщение пищи, поступающей в кишечник.

Задача желчи состоит в том, чтобы совместно с соком поджелудочной железы подготовить к усвоению жирные части пищи, а также предупредить разложение и загнивание пищи при ее прохождении через тонкие кишки и нейтрализовать действие желудочного сока, который уже исполнил свое дело. Поджелудочный сок выделяется поджелудочной железой, продолговатым органом, находящимся как раз под желудком, и назначение этого сока в том, чтоб оказывать воздействие на жирные вещества и содействовать их поглощению кишечником наравне с другими частями пищи. Около полутора галлонов (1,5 литра) его ежедневно уходит на эту работу.

Сотни тысяч плюшеподобных волосков на барха-

тистой оболочке кишечника, называемых ресничками, находятся в постоянном волнообразном движении, пронизывая мягкую, полужидкую смесь, которая движется по тонким кишкам. Эти реснички в постоянном движении поглощают питательные вещества, находящиеся в пищевой массе, и передают их в организм.

Пища, чтобы превратиться в кровь и разойтись по всем частям организма, проходит следующие этапы: жевание, пропитывание слюной, глотание, переваривание в желудке и кишечнике, поглощение, передача и усвоение. Повторим их вкратце еще раз, чтобы не забыть.

Жевание производится зубами. В этом процессе также участвуют губы, язык и щеки. Пища при этом размельчается, что дает возможность более тщательно пропитать ее слюной.

Слюна вырабатывается слюнными железами, и пропитывание ею производится во рту в процессе жевания. Слюна действует на крахмал, содержащийся в пище, превращает его в декстрины, а затем в глюкозу, делая его, таким образом, растворимым. Это химическое превращение совершается с помощью находящегося в слюне питалина, действующего как фермент и изменяющего химическое строение тех веществ, с которыми он имеет сродство.

Пищеварение происходит в желудке и тонких кишках, и заключается оно в том, что пищевая масса преобразовывается в вещества, способные быть усвоенными и поглощенными человеческим организмом. Переваривание начинается, как только пища достигает желудка. Тогда в нем появляется обильное количество желудочного сока, каковое смешивается с пищей, растворяет соединительную ткань мяса, отделяет жировые вещества и превращает некоторые белковые соединения, каковы, например, постное мясо, пшеничный хлеб, яичные белки, в форму такого белка, в виде которого эти вещества могут быть поглощены и усвоены организмом человека.

Преобразование, совершающееся в желудке, обусловлено химическим действием органического ингридиента желудочного сока, называемого пепсином, в соединении с азотными кислотами, находящимися в желудочном соке.

В то время как в желудке идет процесс переваривания, жидкая часть пищи, как та, что сразу поступила в желудок в жидком виде, так и та, что превратилась в жидкость в процессе переваривания, быстро забирается из желудка особыми всасывателями и поступает в кровь. Более же плотная часть пищи продолжает, как мы уже описали выше, перевариваться в желудке. Где-то через полчаса плотная часть пищи начинает медленно покидать желудок в виде мягкой серозной массы, называемой химусом и состоящей из смеси сахара и солей пищи, видоизмененного крахмала или глюкозы, облегченного жира и соединительной ткани, а также из белка.

Покидая желудок, этот пищевой раствор входит в кишечник, как мы уже описали, и вступает там во взаимодействие с поджелудочным и кишечным соками и желчью, и тогда происходит кишечное пищеварение. Эти жидкости растворяют большую часть пищи, которая еще не размягчилась. Кишечное пищеварение разлагает химус на три составные части: 1) пептон, полученный из переваривания белковых веществ; 2) млечный сок — эмульсия жиров; 3) глюкозу, образующуюся из крахмалистых веществ пищи. Эти растворы большей частью поступают в кровь и становятся частью ее, тогда как непереваренная пища проходит через клапан, напоминающий трап, в толстые кишки, о которых мы еще будем говорить в дальнейшем.

Поглощение питательных веществ — это процесс, в ходе которого вышеуказанные компоненты пищи, полученные после переваривания ее, вбираются кровеносными и млечными сосудами. Поглощение происходит способом просачивания. Вода и жидкости, выделенные из пищи желудочным перевариванием, всасываются очень быстро и уносятся кровью через воротную вену в печень. Пептон и глюкоза из тонких кишок через кровеносные сосуды описанных нами кишечных ресничек также попадают по воротной вене в печень. Эта кровь, пройдя через печень, где она подвергается процессу, о котором мы еще скажем, когда речь пойдет о печени, достигает сердца.

Молочный сок, также вырабатывающийся в кишечнике, после того как пептон и глюкоза были отправлены в печень, в свою очередь всасывается и, пройдя через млечные сосуды, попадает в грудной проток, откуда постепенно поступает в кровь, как это будет описано ниже, в главе о кровообращении. В той главе мы объясним, как кровь разносит питательные вещества, полученные после перепаривания пищи, во все части тела, распределяя каждой ткани, клеточке, органу и части тот материал, с помощью которого они строят, исправляют и восстанавливают себя, что дает телу таким образом возможность расти и развиваться.

Печень вырабатывает желчь, поступающую в тонкие кишки, как мы это видели. В ней, кроме того, сохраняется вещество, называемое гликогеном, образующееся в печени из пищевых соков, которые поступают через воротную вену (как мы уже показали). Гликоген собирается в печени и затем постепенно, во время перерывов в пищеварении, превращается в глюкозу — вещество подобное виноградному сахару. Поджелудочная железа вырабатывает поджелудочный сок, поступающий в тонкие кишки, где он действует главным образом на жировые вещества пищи.

Почки заложены в пояснице, за кишечником. Их две и по форме они сильно напоминают бобы. Почки очищают кровь, удаляя из нее ядовитое вещество, называемое мочевиной, и другие отходы. Жидкость, вырабатываемая почками, по двум каналам, называемым уретрами, спускается в особый пузырь. Пузырь этот помещается в костях таза и служит емкостью для мочи, состоящей из жидкостей, отбрасываемых организмом.

Прежде чем закончить эту главу, нам бы хотелось обратить внимание наших читателей на тот факт, что если пища поступает в желудок и кишечник недостаточно прожеванной и пропитанной слюною, что если зубы и слюнные железы не исполнили должным образом своей работы, то переваривание затрудняется и задерживается, пищеварительные органы перетружаются и оказываются неспособными исполнять возложенную на них задачу.

Это все равно, как если бы потребовали от бригады рабочих, чтоб они помимо своей работы исполняли дополнительно еще и чужую, которую прежде должна была выполнить другая бригада, или как если бы потребовали от машиниста паровоза, чтобы он вместе с тем был и кочегаром, т. е. чтоб он постоянно поддерживал в топках огонь и в то же время вел локомотив по опасному участку дороги.

Всасыватели желудка и кишечника должны что-то всасывать — это их обязанность, и если вы не дадите им подходящего материала, они будут всасывать находящуюся в брожении, гниющую массу и передавать ее в кровь. Кровь понесет этот отравленный материал во все части тела, включая мозг, и нет ничего удивительного, если после этого люди жалуются на раздражительность, головную боль и т. д. Все это — результат самоотравления.

ЖИЗНЕННЫЙ ТОК

В предыдущей главе мы дали читателям нашим общую картину того, как пища, которую мы едим, постепенно преобразуется и превращается в вещества, способные быть усвоенными кровью, несущей питание во все части организма, где она служит для построения, починки и обновления различных органов человеческого тела. В этой главе нами будет дано краткое описание того, как кровь исполняет эту свою работу.

Питательные части переваренной пищи поступают в кровь, обращающуюся по телу, и также становятся кровью. Кровь течет по артериям к каждой клеточке и части тела для того, чтобы исполнять свою работу — строить и восстанавливать. Затем кровь по артериям возвращается назад, унося с собой обломки клеток и прочий отработанный материал организма, с тем чтобы все это было извергнуто из него легкими и другими органами, исполняющими в теле, так сказать, очистительную работу. Этот ток крови из сердца и обратно называется кровообращением.

Аппарат, управляющий этой удивительной системой нашего физического механизма, называется сердцем. Мы не станем здесь останавливаться на описании сердца, а дадим вместо этого общую картину той работы, которая им исполняется.

Начнем с того места, на котором мы остановились в предыдущей главе, т. е. с момента, когда питательные частицы пищи, воспринятые и усвоенные кровью, достигают сердца, которое рассылает ее во все концы для питания тела.

Кровь начинает свое путешествие с артерий, представляющих собой ряд эластичных каналов, имеющих деление и подразделение. Сначала кровь течет по главным каналам, от которых разветвляются меньшие, в свою очередь разделяющиеся на еще меньшие, пока она наконец не достигнет капилляров или волосных сосудов. Капилляры — это микроскопически малые кровяные сосуды, имеющие в диаметре порядка одной трехтысячной части дюйма. Они напоминают собой тонкие волосы, откуда и произошло их название. Волосные сосуды пронизывают ткани тела в виде сети, приводя кровь в соприкосновение со всеми частями тела. Их стенки чрезвычайно тонки, и питательные вещества крови, проступая сквозь эти стенки, воспринимаются тканями.

Но капилляры не только отдают тканям питательные части крови, но и вбирают в себя кровь на ее обратном пути (как, мы сейчас увидим) и вообще неустанно заботятся об организме, включая сюда и такую работу, как передача из кишечных ресничек тех питательных веществ, которые они получили из пищи, как это было описано в нашей предыдущей главе.

Вернемся, однако, к артериям. По ним течет красная кровь, чистая кровь из сердца, богатая питательными веществами, несущая с собой жизнь и дающая здоровье. Растекаясь из больших каналов на меньшие, из меньших по еще меньшим, кровь достигает наконец мельчайших волосных сосудов тканей, которые принимают питательные вещества и употребляют их для строительства чудесных маленьких клеточек тела, в высшей степени разумно исполняющих свою работу. (Об этой работе клеточек мы будем еще говорить.)

Отдав свои питательные частицы, кровь начинает свое путешествие назад к сердцу, захватывая по пути все ненужные продукты, мертвые клеточки, разрушенные ткани и иные отходы организма. Обратный путь начинается все с тех же волосных сосудов, но идет теперь не по артериям, а направляется с помощью особого переключающего устройства в малые вены венозной системы, из которых попадает в большие, и наконец достигает сердца. Но по выходе из сердца, прежде чем она снова достигнет артерий, с кровью происходит нечто еще: она попадает в крематорий легких, чтобы сжечь в них весь негодный материал и полностью очиститься. В следующей главе как раз и будет говориться об этой работе легких.

Но перед тем как перейти к ней, необходимо сказать, что в организме существует еще и другая жидкость, в нем циркулирующая. Она называется лимфой и по своему составу весьма напоминает кровь. Она содержит в себе некоторые из частей, составляющих кровь, которые просачиваются сквозь стенки кровеносных сосудов, а также часть того испорченного материала, который, будучи очищен и «переделан» лимфатической системой, вновь поступает в кровь и опять идет в дело. Лимфа циркулирует по тонким венообразным каналам, которые до такой степени малы, что их нельзя увидеть невооруженным глазом, если не наполнить предварительно ртутью.

Эти каналы впадают в крупные вены, и там лимфа смешивается с кровью, возвращающейся к сердцу. Млечный сок по выходе из тонких кишок смешивается с лимфой, поступающей из нижних частей тела, и таким образом попадает в кровь, в то время как другие продукты переваренной пищи проходят через воротную вену и печень. Таким образом, все питательные вещества, пройдя разными дорогами, встречаются в крови, циркулирующей по всему организму.

Итак, как вы можете видеть, кровь является составной частью тела, которая прямо или косвенно доставляет питание и жизнь всем его органам. Если только кровь бедна питательными веществами или кровообращение слабо, то питание отдельных частей

оказывается нарушенным, и наступают условия, выражающиеся как болезни. Кровь составляет около одной десятой части общего веса человеческого тела. Из этого ее количества порядка четвертой части находится всякое мгновение в сердце, легких, больших артериях и венах. Одна четвертая — в печени, еще одна четвертая — в мышцах и остающаяся четверть распределяется по другим органам и тканям. Мозг использует порядка пятой части всего количества крови.

Всегда нужно помнить, что кровь составляется из той пищи, которую принимает человек, а качество ее зависит от того, каким образом он ест. Выбирая подходящую ему пищу и принимая ее именно так, как то задумано Природой, каждый может иметь достаточное количество крови и притом самого лучшего качества. И с другой стороны, из-за глупой приверженности к нездоровому аппетиту или утоляя все время свой голод неподходящей пищей и тем более тем, что не заслуживает даже такого названия, можно легко приобрести малокровие. Между тем кровь есть жизнь, и поскольку кровь каждый создает себе сам, не имея нужды в участии других, то вывод из этой истории напрашивается сам собой.

Теперь перейдем к «крематорию» легких и посмотрим, что происходит с синей, нечистой, отравленной венозной кровью, которая поступает в них на обратном пути из всех частей тела, загруженная нечистотами и испорченным материалом. Посмотрим, что же это за крематорий.

«КРЕМАТОРИЙ» ОРГАНИЗМА

Органами дыхания являются двое легких и ведущие к ним дыхательные пути. Легкие занимают подреберную часть грудной клетки по обеим ее сторонам и отделяются друг от друга сердцем, большими кровеносными сосудами и дыхательными трубками. Каждое легкое свободно со всех сторон, за исключением верхней их части, состоящей главным образом из бронхов, артерий и вен, связывающих легкие с дыхательным горлом и сердцем.

Легкие представляют собой губчатое пористое тело, и ткань их в высшей степени эластична. Они покрыты тонким, но крепким мешком, известным под названием плевро, одна стенка которого близко соприкасается с легким, другая же с внутренней стенкой грудной клетки. Плевра выделяет из себя жидкость, которая позволяет внутренней поверхности стенок легко скользить друг по другу во время акта дыхания.

Дыхательные пути состоят из полости носа, глотки, гортани, дыхательного горла или трахей и бронхиальных трубок. Когда мы дышим, мы втягиваем воздух через нос, в котором он согревается от соприкосновения со слизистой оболочкой, обильно снабженной кровью.

Пройдя через глотку и гортань, воздух попадает в дыхательное горло или трахею, которая разветвляется на множество трубок, называемых бронхиальными трубками или бронхами. Бронхи, в свою очередь, разветвляются на мельчайшие подразделения по всем микроскопическим воздушным пространствам легких, число которых достигает в них нескольких миллионов. Один ученый высчитал, что если все эти дыхательные клеточки легких расстелить на плоской поверхности, то они покрыли бы собой площадь в сорок тысяч квадратных футов.

Воздух проникает в легкие с помощью диафрагмы — большой, сильной, плоской мышцы, распрямленной поперек грудной клетки и отделяющей грудную полость от брюшной. Работа диафрагмы почти столь же автоматична, как и работа сердца, хотя диафрагма может усилием воли быть превращена в поперечную мышцу. Когда диафрагма растягивается, она увеличивает объем груди и легких — и воздух наполняет собой образовавшуюся таким путем пустоту. Когда сжимается, грудь и легкие уменьшаются в объеме — и воздух удаляется из легких.

Теперь, прежде чем приступить к описанию того, что происходит с воздухом в легких, мы должны бросить взгляд на кровообращение. Как уже было сказано, кровь гонится сердцем по артериям в волос-

ные сосуды, достигая таким образом каждой отдельной части тела, которые она оживляет, питает и укрепляет. Затем через те же волосные сосуды, но уже по венам кровь возвращается к сердцу, откуда она направляется в легкие.

Выходя из сердца в артерии, кровь представляет собой ярко-красную, богатую животворными свойствами и качествами жидкость. По венам же она возвращается в него синей, лишенной питательных свойств и нагруженной разными отбросами организма. Из сердца кровь устремляется точно прозрачный горный поток, возвращается же обратно, подобно сточной воде.

Эта грязная струя входит в сердце с правой стороны, через правое предсердие. Когда это предсердие наполняется, оно сокращается и заставляет поток крови вливаться в правый желудочек сердца, который, в свою очередь, посылает кровь в легкие, где она распределяется среди миллионов тончайших кровеносных сосудов и достигает воздушных клеточек легких, о которых было сказано выше. Теперь возобновим с этого места рассказ о работе легких.

Грязный поток крови распределяется среди миллионов микроскопических клеточек легких. Приток свежего воздуха и кислорода приходит в соприкосновение с загрязненной кровью через тонкие стенки волосных кровяных сосудов легких, стенки которых достаточно прочны, чтобы удерживать в своих границах кровь, и вместе с тем достаточно тонки, чтобы пропустить сквозь себя кислород.

Когда кислород приходит в соприкосновение с кровью, происходит процесс сгорания; кровь принимает в себя кислород и освобождается от углекислоты, образовавшейся из гниющего материала, который собран ею из всех частей тела. Очищенная и обогащенная кислородом, кровь отправляется обратно к сердцу, став снова красной и богатой животворными качествами и свойствами. Достигнув левого предсердия, она поступает в левый желудочек, откуда потом вновь распространяется по артериям, неся с собой жизнь во все части организма.

Подсчитано, что за сутки 18 000 л крови проходит по капиллярам легких, в процессе чего красные кровяные шарики, проходя по ним гуськом, соприкасаются своими поверхностями с кислородом воздуха. Тот, кто посмотрит на мельчайшие подробности этого процесса, поразится и восхитится беспредельной заботливостью и разумностью Природы.

Из всего сказанного должно быть ясно, что если чистый воздух поступает в легкие в недостаточном количестве, то загрязненный поток отравленной крови не может очиститься, а следовательно, не только тело лишается тем питания, но и вредный материал, который должен был быть подвергнут сжиганию, вновь возвращается в артерии и отравляет весь организм, что в конечном счете влечет за собой смерть. Не вполне чистый воздух производит то же самое действие, только в меньшей степени.

Ясно также, что если человек вдыхает недостаточное количество воздуха, то работа крови исполняется у него не вполне нормальным образом, и в результате тело получает недостаточное питание, и возникает болезнь либо по меньшей мере наступает падение жизненного тонуса. Кровь того, кто дышит нечистым воздухом, естественно, приобретает синеватый, темный оттенок, лишаясь той яркой красноты, какую должна иметь чистая артериальная кровь. Зачастую это выражается как худосочие.

И наоборот, тот, кто дышит чистым воздухом и, следовательно, имеет чистую кровь, отличается крепким здоровьем и нормальным сложением.

Важное значение правильного дыхания доказать нетрудно. Если кровь не вполне очистилась в легких, то в артерии она возвращается в ненормальном состоянии, недостаточно очищенной от тех вредных примесей, которые были захвачены на обратном пути к сердцу. Эти нечистоты, возвратившись обратно в организм, проявят себя в форме какого-нибудь заболевания, либо как некая болезнь крови, либо как болезнь, вызванная нарушением работы какого-либо органа или ткани, не получающих достаточно питания.

Между тем кровь, настоящим образом предоставленная действию воздуха в легких, не только освобождается от своих нечистот и вредных частиц, но кроме 13

...поглощает и поглощает в себя определенное количество кислорода, который разносится ею по всему телу, где присутствие его необходимо для того, чтоб Природа могла должным образом совершать свою работу. Когда кислород приходит в соприкосновение с кровью, он соединяется с гемоглобином крови и передается каждой клеточке, ткани, мышце и органу, усиливая их и восстанавливая изношенные клетки и ткани. Артериальная кровь, должным образом насыщенная воздухом, содержит в себе около 25 % кислорода.

Кислород не только оживляет каждую часть тела, но даже работа пищеварения зависит от того, в какой степени пища насыщена кислородом, а насыщение это производится только кислородом, находящимся в крови, и когда он приходит в соприкосновение с пищей, это также является определенной формой сгорания. Из всего этого ясно, что в легкие должен поступать большой запас кислорода. Этим, между прочим, объясняется и тот факт, что слабые легкие и плохое пищеварение почти всегда неразлучны друг с другом. Чтобы понять все значение этого, необходимо вспомнить, что тело получает питание от усвоенной организмом пищи и что недостаточное усвоение ее всегда вызывает малокровие.

Даже легкие зависят от того же источника питания, и если от слабого дыхания происходит неполное усвоение и легкие, в свою очередь, ослабевают, то они становятся еще менее приспособленными к исполнению своей работы, а это отрицательным образом отзывается на всей жизни тела. Каждая частица пищи и питья должна быть насыщена кислородом, прежде чем она даст нам заключенные в ней питательные свойства и прежде чем испорченные продукты организма смогут быть удалены и отстранены от своей работы.

Недостаток кислорода означает недостаток питания и здоровья. Истинно: «Дыхание есть жизнь».

Сгорание, происходящее от замены испорченных материалов, вызывает теплоту и поддерживает равную температуру тела. Люди, правильно дышащие, не способны «схватить простуду», у них имеется всегда достаточное количество теплой крови, которая дает им возможность переносить без вреда для здоровья перепады внешней температуры.

В дополнение к описанию вышеупомянутого процесса скажем еще, что акт дыхания заставляет человека упражнять внутренние органы и мышцы — обстоятельство, обычно не принимаемое в расчет западными учеными и писателями, но которое йоги зато оценивают по достоинству.

При недостаточно глубоком дыхании в действие приводится только часть клеточек легких, и таким образом, большая часть легочной вместимости остается неиспользованной, и организм в соответственной мере страдает от кислородного голодания. Животные дышат всегда правильно, и точно так же правильно дышал когда-то первобытный человек. Но противоестественный образ жизни, который ведет цивилизованный человек (а это извращение черной тенью следует по стопам цивилизации), лишил нас естественной привычки правильного дыхания, и человечество сильно страдает от этого. Единственное, что может физически спасти Человека, — это «вернуться назад к Природе».

ПИТАНИЕ

Человеческое тело подвержено непрестанному изменению. Атомы костей, тканей, мяса, мышц, жира и жидкостей постоянно изнашиваются и удаляются из организма, а новые атомы постоянно вырабатываются в дивной лаборатории тела и посылаются на смену износившемуся, испорченному материалу.

Физическое тело человека и его механизм можно сравнить с растением. И в самом деле, его жизнь по природе своей сродни жизни растения. Что заставляет растение превращаться из семени в побег, из побега в растение с цветами, семенами и плодами? Ответ очень прост: свежий воздух, солнечный свет, вода и питательная почва. Все эти вещи необходимы растению, чтобы достичь здоровой зрелости. То же самое требуется и физическому телу человека, чтобы быть здоровым, сильным и нормальным.

Подобно тому как растение растет медленно, но постоянно, точно так же нашим организмом постоянно, день и ночь должна совершаться важная работа — устранения износившегося материала и замены его новым. Человек не сознает этой гигантской работы, так как она принадлежит к подсознательной части человеческой природы, являясь частью работы Инстинктивного Ума.

Здоровье, сила и крепость всего тела и отдельных его частей зависят от этого постоянного притока материала. Если это поступление приостановится, то наступит смерть. Восстановление изношенного и уничтоженного материала — первая необходимая сторона жизни нашего организма, и вследствие этого оно прежде всего приходит на ум, когда мы представляем себе Здорового Человека.

Краеугольным камнем отношения к пище в философии Хатха-Йоги является санскритское слово, которое можно перевести русским словом «Питание». Мы пишем это слово заглавными буквами, чтобы оно запечатлелось в уме читателя. Было бы желательно, чтобы он ассоциировал мысль о Пище с мыслью о Питании.

Для Йога пища никак не увязывается с желанием получить во рту какие-то «приятные» вкусовые ощущения. Нет. Вместо этого пища должна означать, во-первых, питание, во-вторых, Питание и, в-третьих, Питание. Всегда питание.

Для многих людей Запада идеал этого представляется в виде жалкого, полуистощенного, голодного существования. Йоги, по их мнению, так мало думают о пище, что целыми днями обходятся без нее. Многие полагают, будто йоги считают пищу чем-то слишком материальным для своей духовной природы. Ничего не может быть ошибочнее этого. Йоги, по крайней мере те из них, которые хорошо знакомы с философией Хатха-Йоги, считают Питание первой своей обязанностью по отношению к собственному телу, и поэтому всегда заботятся о его питании, следят за тем, чтобы доставлять ему необходимое количество нового, свежего материала взамен изношенной и израсходованной материи.

Учение Хатха-Йоги гласит: «Человека питает не то, что он ЕСТ, а то, что Усваивается им». В этом древнем изречении целый мир мудрости, и он содержит в себе все, что написано во многих томах на тему о здоровье.

Далее мы укажем метод Йоги для получения наибольшего количества питательности из минимального количества пищи. Метод йогов лежит на середине пути, по обеим сторонам которого идут две различные западные школы, а именно «чревоугодников» и аскетов «голодателей», из которых каждая громко провозглашает достоинства своего культа и хулит противоположную секту. Поэтому йогу простительно добродушно улыбаться; прислушиваясь к яростным диспутам между теми, кто, проповедуя необходимость достаточного питания, учит тому, будто «наедаться» необходимо для того, чтобы достичь идеала достаточного питания, это с одной стороны, и их противниками, признающими обжорство и переедание безумством и предлагающими взамен полное воздержание, перемежаемое длительными постами, что, несомненно, привело многих из их последователей к физическому ослаблению, утрате жизненности и даже смерти.

Для йогов не существует отрицательных сторон как недостаточного питания, так и обжорства, эти вопросы решены много столетий тому назад древними отцами Йоги, имена которых уже почти позабыты сегодняшними их последователями.

Повторяем раз и навсегда, что Хатха-Йога совсем не требует голодания, но наоборот, знает и учит, что ни одно человеческое тело не может быть сильным и здоровым, если человек перестанет поддерживать его питательной пищей, которая может быть с толком усвоена организмом. Многие хрупкие, слабые и нервные люди обязаны своим болезненным состоянием именно тому, что недостаточно хорошо питаются.

По мнению йогов, Человек должен есть, чтобы жить, а не жить, чтобы есть.

В следующем выпуске мы будем говорить о Голоде и Аппетите — двух совершенно различных проявлениях стремлений физического тела, хотя для большинства людей то и другое представляется чем-то нераздельным.

Изучение психосоматических недугов показывает, что отрицательные эмоции способны нарушить эндокринный баланс в организме, состояние кровообращения (давление и т. п.), провоцировать эмоциональный стресс, ведущий к расстройству обмена веществ, а тем самым и к болезням. С другой стороны, нарушения обмена веществ, связанные с неправильным, неполноценным питанием, во многих случаях становятся истинной причиной возникновения психической неуравновешенности.

В № 1/91 «Твое здоровье» мы касались вопросов психодietetики на материале работы известных зарубежных психиатров Е. ХЕРАСКИНА и У. РИНГСДОРФА «Психодиетика: питание как ключ к эмоциональному здоровью», которая, по мнению рецензентов Бюллетеня Национальной федерации здравоохранения США, впервые заполнила пропасть в такой важной области, как взаимоотношение диететики с психическим и эмоциональным здоровьем.

Как показывает их многолетняя клиническая практика, сочетание различных форм терапии с оптимальной диетой, насыщенной натуральными витаминами, минеральными солями и микроэлементами питания, приводило к выздоровлению хронических больных, диететика может использоваться как дополнительное средство в лечении и профилактике психических заболеваний, пограничных состояний, алкоголизма. Предлагаем обзор этой работы в переводе Р. Д. РАВИЧ.

КАК БЫТЬ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

История болезни. Вести себя странно эта девушка стала сразу же после окончания колледжа. Прежде она была привлекательной, интеллектуалкой, теперь же подавленная, мрачная, угнетенная, сама на себя не похожа. Наконец, семья, обеспокоенная происходящими изменениями, проконсультировалась у психиатра, который диагностировал шизофрению.

В течение последующих пяти лет девушка побывала в нескольких клиниках; ее лечили всеми известными средствами, начиная от транквилизаторов и кончая шоковой терапией, но ей становилось все хуже. Когда родители ее услышали о психиатре, который успешно лечил аналогичные случаи, рассматривая их как нарушение метаболических процессов, сразу обратились к этому врачу. Врач проверил пациентку и обнаружил, что ее психические симптомы являются результатом хронической пеллагры, болезни, связанной с неправильным питанием.

Только тогда ее родители узнали, что еще в колледже девочка без их разрешения резко сократила диету и принимала амфетамины для снижения аппетита по совету врача, так как хотела похудеть. Теперь по совету психиатра пациентка придерживалась тщательно подобранной диеты (типа оптимальной диеты, приведенной ниже) и при этом принимала массивные дозы витамина С, никотиновой кислоты (витамина В₃) и других витаминов группы В. Пеллагра у нее постепенно исчезла и вместе с ней и симптомы шизофрении.

История болезни этой девушки подчеркивает широко распространенное мнение профессионалов на происхождение и лечение шизофрении и других «психических» болезней.

В те времена, когда З. Фрейд впервые сформулировал свою теорию психоанализа, он ничего не слышал еще о гормонах, энзимах, витаминах; однако он считал шизофрению болезнью, связанной с нарушениями химического баланса в организме и предсказал, что когда-нибудь шизофрения будет побеждена с помощью химических средств, и он оказался прав.

В биохимии, хотя она и является относительно новой дисциплиной, за последние десятилетия произошло множество открытий, значительно углубивших наше понимание поведения человека; тем не менее большая часть этой информации игнорируется ортодоксальными психиатрами, которые предпочитают придерживаться концепций, разработанных до 30-х годов.

Большинству ориентированных на психологию терапевтов кажется, что этот новый подход к психическим болезням угрожает им. Подобно археологам, они продолжают выкапывать и просеивать артефакты, а в их случае это деструктивные (разрушительные) психологические факторы в жизненном опыте пациента. Пациента могут подвергнуть различным видам терапии — от психоанализа до хирургических операций мозга. Каков же шанс на излечение?

Оценка степени выздоровления при использовании всех хорошо разработанных методов лечения колеблется в пределах от 18 до 40%. Некоторые после выздоровления вернулись к нормальной жизни, другие страдают от хронического возобновления приступов. Одна треть всех больных, получивших диагноз «шизофрения», впадают в жуткое существование, они не настолько больны, чтобы их госпитализировали, но и не настолько хорошо себя чувствуют, чтобы вести счастливую и полноценную жизнь. Другая треть кончает полной инвалидностью и проводит остаток жизни в закрытых психиатрических клиниках.

Шизофрения — не такое уж редкое заболевание. Оно наблюдается у каждого сотого человека на земле — во всех обществах, культурах, расовых и этнических группах, социальных группах, как в мирное время, так и во времена войны, экономических кризисов и подъема.

Что же такое шизофрения?

Человек буквально «теряет все свои чувства»: все искажено — запахи, вкусы, звуки, ощущения и предметы. Типичный случай описан доктором И. Галстоном.

Назовем девушку Джоан. Бывают моменты, когда она слышит голоса, ее преследуют неприятные видения. Время от времени черный мрак депрессии овладевает ею, и тогда по ночам она часто бьется в приступы необъяснимого беспричинного плача. Но иногда, без предупреждения, на нее внезапно нападают приступы внезапной ярости, и она боится, что потеряет контроль над собой, разобьет телевизор, стул или полку с посудой.

Все же большую часть времени она умудряется на людях выглядеть сдержанной, хотя и странной. Странной, потому что отдалена от людей, замкнута, большей частью сама в себе. Она служит в конторе, живет одна в маленькой квартирке, всегда тихо входит и выходит, здоровается только в ответ на приветствие соседей. В 25 лет еще не замужем: жених был у нее, но ничего не вышло из этого, почему, она и объяснить не может.

Девушка не знает, почему она практически совсем не может общаться с людьми, почему ее

...мир такой паривчатый, мучительный. Она пришла к врачу по поводу головных болей, бессонницы, усталости. Однако она не упоминала других, более важных симптомов. Если бы у врача была бы полная картина ее симптомов, он мог бы понять, что с ней в самом деле. Потому что Джоан — жертва шизофрении.

Такое причудливое поведение больных породило обширную мифологию. Американская Ассоциация шизофрении, посвятившая свою работу, в частности, демистификации этого состояния, объясняет, что шизофрения — это не образ жизни, не преступление, не «расщепление» личности и не признак скрытого гомосексуализма.

В самой насыщенной информацией брошюре «Что вы должны знать о шизофрении» мы найдем ясную картину изменения ощущений и личностных отклонений, наиболее часто испытываемых шизофрениками. Вкратце остановимся на основных из них.

Зрительные изменения: иллюзии и галлюцинации; люди и объекты кажутся искаженными, как в кривом зеркале; реальное и нереальное смешивается.

Слуховые изменения: жужжание, шипение, невидимые голоса; шепот может быть оглушающим, крик не слышен.

Изменения в ощущении запахов: острые ароматы притупляются, духи кажутся дурно пахнущими, запахи тела отталкивают.

Изменения в ощущении прикосновений: мороз по коже, мурашки, щекотка; любое слабое прикосновение может быть болезненным, а сильный удар совсем не чувствительным.

Изменения вкуса: привычная пища кажется безвкусной, ранее любимые блюда кажутся отравой.

Изменения в ощущении времени: кажется, что часы останавливаются, затем стрелки бегут быстрее. Прошлое, настоящее и будущее путаются и перемешиваются.

Изменения в мышлении: память нарушается, логика затруднена, мысли замедляются или лихорадочно ускоряются без всякой причины.

Изменения в содержании мыслей: «наполеоновские» мании; неправильная оценка своих сил, паранойдальная мания в отношении близких родственников.

Изменения в настроении: почти постоянная депрессия, смешанная с апатией, усталостью, сплывшим напряжением, иррациональным страхом.

Изменения в поведении: приступы ярости и пассивности, попытки к самоубийству, необоснованные приступы неадекватности, непредсказуемые неожиданные эмоциональные всплески.

Никто не знает точно, что является причиной этих явлений. Одна из теорий концентрирует свое внимание на химическом происхождении заболевания и рассматривает больной организм как плохо функционирующую «фабрику», вырабатывающую вещества, искажающие реальность.

Это вполне может наследоваться: много фактов, подтверждающих генетическую связь между больными родственниками. Будущий шизофреник мог пострадать от травмы до, после или даже во время рождения; имеются работы, подтверждающие, что внутриутробные травмы делают детей подверженными этой болезни.

Больной мог пострадать от резкого дефицита питательных веществ в какой-нибудь перипод жизни, от нездорового образа жизни и неправильных привычек в питании; злоупотребления лекарствами и наркотиками, вследствие нарушенного метаболизма — все это в той или иной степени сыграло свою роль в возникновении болезни.

Каковы бы ни были причины, по механизму обмена веществ (метаболизма) у шизофреника таков, что его организм не усваивает полностью гормоны, энзимы и питательные вещества.

Наиболее понятное объяснение этого нарушения здорового химического функционирования организма было впервые выдвинуто в 1952 г. доктором А. Хоффером и доктором Х. Осмондом, двумя психиатрами, которые были пионерами в области этих открытий. Дальнейшие интенсивные клинические исследования подтвердили их первые эксперименты.

Согласно данным Хоффера и Осмонда шизофреники превращают адринефрин — гормон, выделяемый надпочечниками, — по меньшей мере в два химических вещества: адренохром и адренолютин; причем оба выделяются в количестве, гораздо большем нормы. Эти химические вещества являются галлюциногенами, т. е. они вызывают галлюцинации. Шизофреникам нет надобности употреблять наркотики типа ЛСД, чтобы видеть галлюцинации; их организм сам выделяет подобное «лекарство».

Хоффер и Осмонд сами ввели себе внутривенно адренохром, чтобы понять и увидеть, что же произойдет. Они отмечали, что буквально через десять минут у них появилось ощущение, что потолок лаборатории изменил свой цвет, освещение стало ярче и интенсивнее и все вокруг показалось странно изменившимся.

Окружающий мир казался «зловещим и педружелюбным». Доктор Осмонд сказал, что он чувствовал себя «другим» по отношению к людям и должен был себя сдерживать, чтобы не делать грубых замечаний. В ближайшем кафе ему показалось, что его окружают «подозрительные» личности, которые, как ему представлялось, шпионили за ним.

Галлюцинации? Конечно! Типичные галлюцинации, характерные для шизофреников. Небольшая группа медицинских детективов во главе с Хоффером и Осмондом продолжала дальнейшие поиски химических элементов. Некоторые, включая доктора Роберта Пеата из университета Тулона, обнаружили в крови больных шизофренией вещество, которое они называли «тарексин». Тарексин считается токсичным белковым пигментом, который сенсибилизируется в мозгу шизофреника, расщепляясь на два вещества, вызывающие галлюцинации, которые ранее проверяли Хоффер и Осмонд.

Здорово летят



Доктор Майер и Джон Крейтон из Чикагского университета обнаружили в крови больных шизофренией в остром периоде и у всех психотиков в остром периоде, а также у некоторых хроников два энзима в патологических количествах: аспартату и креатинфосфокиназу. Подозревая утечку энзима из скелетных мышц, они делали биопсию мышц у психотиков и обнаружили доказательства, подтверждающие их правоту.

Эти патологические изменения в мышцах способны влиять на всю нервную систему (мозг и спинной мозг), как у шизофреников, так и у психотиков.

Вероятнее всего, нарушение химического баланса организма у шизофреников демонстрируется на проверке сахарной кривой, причем эта кривая проверяется в течение 5—6 часов. Было обнаружено, что от 50 до 75% людей страдают гипогликемией, и колеблющиеся уровни сахара в крови, характерные для этого нарушения, усиливают искажение действительности, испытываемое шизофрениками. Известно, что бывают случаи, когда одной плитки шоколада достаточно, чтобы вызвать шизоидный приступ у некоторых больных.

Все еще находятся в стадии изучения специфические (биохимические) пути, которыми у шизофреников усваиваются различные питательные вещества, метаболизируются белки, происходит секреция гормонов и вырабатываются энзимы; доказательств еще недостаточно. Однако клиницисты, использующие биохимический подход, достигают поразительных результатов.

Возможности лечения

Хоффер и Осмонд, подтвердившие, что у шизофреников в избытке вырабатываются два вещества, вызывающие галлюцинации, стали искать безопасное средство, которое можно им противопоставить.

Доказано, что таким средством является витамин В₃, или ниацин (никотиновая кислота), или ниацинамид (никотинамид). Было обнаружено, что он блокирует дефекты в химическом разбалансировании в организме, которое и приводит к перепроизводству вредных, отравляющих организм химических веществ.

Проверка действия массивных доз витамина В₃ на шизофреников в течение двенадцати лет показала поразительные результаты. Терапия, основанная на ниацине (витамина В₃), вылечила 93% пациентов, болевших меньше двух лет, и 87% пациентов, которые были больны более длительное время (все эти больные находились под наблюдением Хоффера и Осмонда). Более того, у шизофреников, не получавших никотиновую кислоту, число самоубийств было в 22 раза больше величины уровня, характерного для всего населения в целом, а у шизофреников, получавших адекватные дозы никотиновой кислоты (витамина В₃), процент самоубийств был близок к нулю.

Врачи, практикующие мегавитаминную терапию, не полагаются только на витамины. В зависимости от состояния пациента назначают прием энзимов (через рот или в инъекциях), шоковую терапию, специальные ингаляции, медикаменты — транквилизаторы, антидепрессанты, лекарства, снижающие чувство страха и тревожности, психические стимуляторы, углекислый литий, плазма, поддерживающую психотерапию.

Врачи часто прописывают корректирующие дозы и полный набор поливитаминов и микроэле-

ментов в добавление к мегадозам ниацина, витамина С и других витаминов.

Витаминная терапия имеет уникальное преимущество перед любым другим типом лечения: она соответствует главной заповеди медицины: «Не повреди!» Тут не существует опасных побочных последствий. Витамин В₃ в форме ниацина (но не в форме ниацинамида) может вызывать некоторое раздражающее «покраснение», сыпь, головную боль или временное снижение кровяного давления; как витамин В₃, так и витамин С в мегадозах могут иногда вызывать тошноту или расстройство желудка. Эти реакции временные (полное перечисление противопоказаний и побочных эффектов действия ниацина известно и описано).

Поскольку витамины С и Е являются антиоксидантами, их использование в режиме мегавитаминной терапии помогает еще больше подавить вырабатываемые у шизофреников токсичные вещества, вызывающие галлюцинации. Дети часто реагируют быстро: два — шесть месяцев мегавитаминного лечения приносят значительные изменения.

Для лечения шизофрении наряду с другими формами терапии используются следующие ежедневные дозы витаминов:

- витамин В₃ (ниацин или ниацинамид)
— 1—12 граммов
- витамин С (аскорбиновая кислота)
— 1—12 граммов
- витамин В₆ (пиридоксин)
— 200—500 миллиграммов
- витамин В₁ (тиамин)
— 1—2 грамма
- витамин Е (Д-альфа-токоферол)
— 400—1600 миллиграммов

Некоторый процент шизофреников не поддается никакому лечению, в том числе и мегавитаминной терапии. В последнее время Хоффер применяет четырехдневный курс лечебного голодания как средство, оказавшееся успешным для самых трудно поддающихся лечению пациентов. Методика, применяемая доктором Хоффером, основана на том, что некоторые пациенты могут быть в высшей степени аллергичны к веществам, обнаруженным во многих продуктах. Лечебное голодание в течение более чем 25 лет изучается в Москве в Научно-исследовательском институте психиатрии, где профессор Ю. С. Николаев применяет длительные курсы лечебного голодания, после которых при восстановлении применяются фрукты и овощи, а также большие дозы витаминов.

Радикально новые методы «борьбы с безумием» создают конфликты между приверженцами противоположных теорий, а разрядки пока не предвидится. Сопротивление характерно для укоренившихся предрассудков и инерции, типичной для медицинской профессии. Попасть в тиски противоречий такого рода может оказаться мучительным для больных шизофренией и членов их страдающих семей.

Доктор Д. Хокинс, чье успешное лечение алкоголизма с помощью мегавитаминной терапии упоминалось, описывает следующую историю болезни: 33-летняя домохозяйка была серьезно больна более пяти лет. Ее обеспеченная семья обратилась чуть ли не весь психиатрический мир в поисках лечения, но состояние жепщины все ухудшалось.

Когда она уже была близка к самоубийству, была предложена фронтальная лоботомия, что показывает, насколько безнадежной ее считали врачи. Но прежде чем делать необратимую операцию, ее родные услышали про мегавитаминную терапию и решили попробовать ее. Лечащий психиатр

жестер придет в ярость от этой идеи, но родные настаивают.

Через десять недель, после применения мегавитаминных, экстракта щитовидной железы, транквилизаторов и малых дозах и гипогликемической диеты ее выписали из больницы. Еще через четырнадцать месяцев она полностью выздоровела, снова занялась домашним хозяйством и детьми.

КОМУ ПОКАЗАНА МЕГАВИТАМИННАЯ ТЕРАПИЯ

Можно ли страдать скрытой формой шизофрении, не зная об этом? Да. Но есть ли надежда на исцеление, если болезнь обнаружена? И ответ опять — да.

Хоффер и Осмонд разработали тест, подтверждающий изменения в восприятии, мыслях и настроении, которые обычно означают начало шизофрении. В следующем предлагаемом ниже для проверки упрощенном варианте и любой здоровый человек может получить некоторый счет (сумму баллов), поэтому не следует волноваться.

Но вот счет больше 30 — это уже предупреждение о том, что необходимо проконсультироваться с врачом. Счет выше 60 — сигнал, означающий необходимость срочной помощи. Примечательно, что у подростков, хотя они и здоровы психически, часто может быть высокий счет. Люди с пониженным уровнем тревожности, нарушениями личностных качеств, психоневрозами, маниакальной депрессией и другими психозами также могут иметь высокий счет.

Этот тест не обязательно точно доказывает наличие или отсутствие болезни. Никто не имеет права предположительно как шизофреника диагностировать ни себя, ни кого бы то ни было. Однако настоящий тест может, насторожив, сигнализировать возможность опасности.

Чем выше счет (сумма баллов), тем важнее для вас как можно скорее проконсультироваться с врачом, который сможет определить биохимические, физические и физиологические причины вашего плохого состояния.

Физические тесты для определения шизофрении включают общий медицинский и неврологический осмотр и энцефалограмму. Химические тесты должны включать проверку сахарной кривой на гипогликемию, биохимические анализы крови и анализы мочи и крови — проверку на токсические вещества или другие элементы, специфические для шизофрении.

Многочисленные возможные физические причины, которые необходимо проверить, чтобы правильно диагностировать шизофрению, позволяют предположить, что ее ошибочно считают только психической болезнью. Более точно ее можно описать как чрезвычайно метаболическое нарушение ощущений.

Ни один из врачей, практикующих мегавитаминную терапию, не претендует на то, что у него есть ответы на все вопросы. Никто пока не может закончить фразу: «Терапия витамином В₃ помогает, потому что...» Однако процент шизофреников, вылеченных с помощью мегавитаминной терапии, является доказательством, достаточным для того, чтобы попробовать этот метод лечения.

Как сказал один полностью вылечившийся шизофреник: «На самом деле для меня не важно, как или почему лечение витаминами помогает. Что для меня существенно, так это то, что после того как одиннадцать лет я жил в аду, я — здо-

ОПТИМАЛЬНАЯ ДИЕТА

Главное правило при выборе продуктов питания: по возможности избегать рафинированных, консервированных, обработанных химикатами или консервантами продуктов, а также продуктов, обогащенных искусственными витаминами и различными пищевыми добавками, красителями и прочими химическими веществами.

«Чем меньше обработанной пищи вы потребляете, тем меньше вас будут обрабатывать врачи». Чем более красивая упаковка, тем большее подозрение должно вызывать содержимое.

Все рекомендуемые продукты разделяются на 3 группы: употребляемые без ограничения, в зависимости только от индивидуальных потребностей, употребляемые в ограниченных количествах, наконец, которых следует избегать.

Продукты, употребляемые без ограничений

Факторы, усиливающие сопротивляемость организма к физическим и психическим заболеваниям, — питательные вещества, содержащиеся в цельных продуктах. Таковы белки (включаящие в себя все основные аминокислоты), сыр (цельные, необработанные сыры), творог, цельное молоко (если возникает проблема лишнего веса, предпочтительно нежирное молоко) — два стакана в день достаточно.

Молочнокислые продукты имеют ряд преимуществ перед простым молоком, особенно для тех, кто не переносит молока. Молочнокислые продукты, особенно йогурт и пахта, способствуют пищеварению и усвоению основных питательных ингредиентов, особенно тем, кто не имеет фермента лактазы и, следовательно, не может усваивать обычного молока. Кроме того, микроорганизмы, способствующие сквашиванию молока, продолжают свою активность в желудочно-кишечном тракте и способствуют образованию в организме ряда жизненно важных витаминов, например К и В₁₂.

Яйца — 1—2 в день, мясо, рыба, морские продукты, птица — употреблять 1 или 2 раза в день (если не есть яйца). Предпочесть следует постные сорта. Полезны так называемые субпродукты — печень, почки и пр. Свести к минимуму жареное мясо. Перед приготовлением пищи снять весь жир, какой только возможно. Поскольку требуется 5—6 часов для переваривания мяса, потребление его вечером может привести к ряду заболеваний: несварению, кожным болезням, артриту, даже психическим заболеваниям. Употребление мяса утром или в обед обеспечивает полное переваривание и усвоение его и является одним из способов избежать таких осложнений.

Фрукты и фруктовые соки. По возможности фрукты надо есть не меньше двух раз в день. Идеально, если среди фруктов обязательно имеются цитрусовые. Предпочтительно употреблять сырые фрукты вместо вареных. Если приходится пользоваться консервированными продуктами, то следует выбирать компоты и соки, приготовленные без сахара и искусственных консервантов.

При гипогликемии и повышенном весе стараться избегать слив, фиников, изюма и других сухофруктов, при пониженном весе, наоборот, они могут привести большую пользу. Фруктовые соки, если они свежие или консервированные без сахара и искусственных консервантов (внимательно читайте этикетки на соках), могут частично заменить свежие фрукты. Вместо чая, кофе, алкогольных и безалкогольных напитков предпочтительнее употреблять фруктовые соки.

Симптомы: зрительные ощущения

Баллы

1. Люди иногда пульсируют, когда я смотрю на них 5
2. Лица людей кажутся измененными в размерах, когда наблюдаю за ними 5
3. Когда смотрю на привычные предметы — столы, стулья, они кажутся странными 5
4. Мои руки или ноги кажутся отдаленными 5
5. Мои руки или ноги теперь часто выглядят очень маленькими 5
6. Кажется, что теперь машины движутся очень быстро. Я не могу быть уверен, где они 5
7. Когда вижу машину, предметы и люди изменяют форму очень быстро, раньше этого не было 5
8. Люди выглядят, как будто они сейчас мертвые 5
9. В последнее время часто пугаюсь, когда вижу машину 5
10. Глаза людей кажутся пронизывающими и пугающими 5
11. Люди наблюдают за мной гораздо больше, чем раньше 1
12. Люди наблюдают за мной все время 1
13. Чувствую на себе лучи энергии 1
14. Большинство людей имеют гало (ауру — светящийся круг) вокруг головы 1
15. Иногда возникают образы людей, как только я закрываю глаза 1
16. Иногда образы людей представляются среди белого дня, хотя глаза мои открыты 1
17. Иногда мне представляются образы животных или пейзажей 1
18. Иногда мне представляется образ Бога или Христа 1
19. Иногда мир кажется переальным 1
20. Иногда чувствую себя переальным 1
21. Когда смотрю на людей, они кажутся мне странными 1
22. Часто, когда смотрю на людей, они кажутся мне совсем другими 1
23. Время от времени, когда смотрю на себя в зеркало, мое лицо изменяется и кажется другим 1
24. Мне кажется, что мое тело время от времени изменяется: становится слишком большим или слишком маленьким, теряет пропорции 1
25. Иногда мир становится очень ярким, когда смотрю на него 1
26. Иногда мир становится очень туманным, когда смотрю на него 1
27. Иногда, когда читаю, слова начинают выглядеть странно. Они как бы пляшут или исчезают в тумане 1
28. Иногда, когда смотрю телевизор, картины кажутся очень странными 1
29. Иногда мне кажется, что туман или дымка отделяет меня от мира 1
30. Иногда объекты пульсируют, когда смотрю на них 1
31. Картины кажутся живыми и дышат 1
32. Мои руки или ноги иногда кажутся слишком большими 1
33. Иногда чувствую, что покидаю свое тело 1
34. Пугаюсь все больше, когда езжу в машине, даже если не вижу ее сам 1

Симптомы: слуховые ощущения

Баллы

1. Часто слышу или слышал голоса, говорящие обо мне или для меня 5
2. Часто слышал странные звуки, например смех, который пугает меня 5
3. Часто слышал голоса, как будто говорящие по радио, телевизору или магнитофону, говорящие обо мне 5
4. Часто слышу, как мои мысли звучат у меня в голове 5
5. Мое чувство слуха обострилось в последнее время 1

6. Часто слышу мои собственные мысли или моей головой 5
7. Сейчас с большим трудом слышу людей 1
8. Часто слышу поющие голоса 1
9. Часто чувствую, что у меня в голове звучит чужой голос 1
10. Часто слышу свои мысли так отчетливо, как будто их произносит другой голос 1

Симптомы: тактильные ощущения

Баллы

1. Часто чувствую, как меня ущемляют неизвестные предметы 5
2. Мое чувство осязания резко обострилось 1
3. У меня часто появляется ощущение, как будто мурашки бегут по коже 1
4. Часто чувствую, как лучи электричества пронизывают меня 1
5. Мне кажется, что некоторые из моих органов мертвые 1
6. Часто чувствую, как мой живот мертвеет 1
7. Часто чувствую, как мои кишки мертвеют 1
8. Мне часто трудно чувствовать горячие или холодные предметы 1
9. Иногда чувствую, как меня сотрясает странная вибрация или дрожь 1
10. Мои кости часто кажутся мне мягкими 1

Симптомы: вкусовые ощущения

Баллы

1. Некоторые продукты, которые раньше никогда не казались мне странными, теперь имеют неприятный привкус 1
2. Чувствую в некоторых продуктах горький привкус, похожий на отраву 1
3. Пища кажется безвкусной и пресной 1
4. Теперь мне трудно чувствовать вкус некоторых продуктов 1
5. Вода теперь имеет странный привкус 1
6. Сигареты имеют неприятный привкус 1

Симптомы: обонятельные ощущения

Баллы

1. Вещи кажутся пахнущими очень странно 5
2. Другие люди пахнут странно 5
3. Дым от сигарет у других людей кажется похожим на газ 1
4. Запах собственного тела кажется гораздо сильнее, чем раньше 1
5. Запах собственного тела кажется мне теперь гораздо более неприятным 1
6. Потею гораздо больше, чем раньше 1
7. Не могу больше нюхать ароматы и духи с таким же удовольствием, как раньше 1
8. Теперь пища пахнет странно 1

Симптомы: временные ощущения

Баллы

1. Время кажется изменившимся, но я не уверен в этом 5
2. Больше не могу сказать, как много времени прошло 5
3. Кажется, что дни идут очень медленно 1
4. Некоторые дни мелькают так быстро, что кажется, будто прошло всего несколько минут 1
5. Мне гораздо труднее стало приходить во время свидания 1
6. Мне гораздо труднее стало вовремя делать свою работу 1
7. Мир кажется мне вне времени 1
8. Прошедшее, настоящее и будущее кажутся перепутанными 1

Симптомы: мысли

1. Есть люди, старающиеся причинить мне вред 5
2. Я могу читать мысли других людей 5
3. Люди вмешиваются в мое тело, чтобы навредить мне 5
4. Люди вмешиваются в мой ум, чтобы навредить мне 5

5. Не люблю встречаться, теперь никому не могу доверять	5
6. Большинство людей ненавидят меня	5
7. Я не уверен, кто я	5
8. Временами мой ум опустошен	1
9. Временами мои идеи исчезают на несколько минут, а потом появляются снова	1
10. Мне навязывают очень беспокойные идеи	1
11. Мои ноги ускользают от меня	1
12. Временами я уверен, что люди говорят обо мне	1
13. Вокруг меня заговор	1
14. У меня есть миссия в жизни, которую мне дал Бог	1
15. Временами другие люди могут читать мои мысли	1
16. Временами, когда я попадаю в новую ситуацию, у меня появляется сильное чувство, что это уже было раньше	1
17. Теперь я очень легко смущаюсь	1
18. Теперь я гораздо более забывчив	1
19. Теперь я болен	1
20. Не могу решиться на то, что раньше было для меня пустяком	1
21. Мои мысли путаются, когда я должен действовать быстро	1
22. Часто путаю направление пути	1
23. Незнакомые люди или места пугают меня	1
24. Люди наблюдают за мной	1
25. Чувствую, как будто я мертвый	1
26. Люди часто ревнуют меня	1
27. Многие знают, что у меня есть миссия в жизни	1
28. Люди вмешиваются в мое тело, чтобы помочь мне	1
29. Люди вмешиваются в мой ум, чтобы помочь мне	1
30. Знаю, что многие люди ожидают от меня очень многого	1
31. Теперь мною восхищаются больше людей, чем раньше	1

Симптомы: чувства и эмоции

Баллы

1. Очень часто я чувствую себя бесконечно усталым	1
2. Очень часто страдаю от сильного нервного истощения	1
3. Очень часто с большим трудом засыпаю	1
4. Обычно чувствую себя одиноким и печальным на вечеринках	1
5. Обычно чувствую себя несчастным и грустным	1
6. Жизнь кажется совершенно бесцельной	1
7. Я мучительно застенчив	1
8. Меня очень часто не понимают люди	1
9. Мне приходится быть настороже с друзьями	1
10. Очень часто друзья раздражают меня	1
11. Моя семья очень сильно раздражает меня	1
12. Меня очень часто трясет и шатает	1
13. Я постоянно взвинчен и раздражен	1
14. Внезапный шум заставляет меня резко вздрагивать и даже вскакивать	1
15. По ночам часто пугаюсь внезапных движений или шума.	1

При гипогликемии и повышенном весе следует избегать виноградного и сливового соков, наоборот, при пониженном весе они особенно рекомендуются. При повышенном весе следует предпочесть сок грейпфрута, поскольку в нем меньше натурального сахара.

Овощи. Список овощей, богатых питательными веществами, практически неисчерпаем, однако свежие овощи во большей части отсутствуют в рационе, так же как и свежие фрукты. Свежие овощи надо употреблять не меньше 4 раз в день.

В крайнем случае можно использовать мороженные или консервированные овощи, приготовленные без искусственных консервантов. Ценными источниками витамина С и А могут служить зеленый сладкий перец, томаты, капуста всех сортов и пр. Важно использовать свежую или сушеную (но не консервированную солью!) зелень в достаточных количествах. Овощи желтого и зеленого цвета особенно богаты железом, рибофлавином и кальцием. Очень полезны овощные соки, свежие или в крайнем случае консервированные, без искусственных красителей (по этикетке «натуральные»).

Крупяные изделия и хлеб. Для приготовления каш и крупяных блюд следует использовать нерафинированные крупы, т. е. крупы не обработанные, в которых не удалена оболочка зерна, содержащая ценные витамины, особенно группы В и Е. У нас (в СССР) это следующие крупы: гречневая, в том числе и продел, овсяная и геркулес, ячневая, кукурузная, пшено, полтавская, пшеничная, артек. С точки зрения наличия витаминов наименее полезны манная и артек.

Мучные изделия и хлеб необходимо употреблять только из нерафинированной муки, так как в процессе рафинирования и отбеливания муки из пшеничного зерна удаляются практически все полезные вещества, главным образом витамины В, Е, микроэлементы и пр. Изделия из рафинированной муки высшего сорта дают только прибавку калорий, без всякой пользы для здоровья. Хлеб и хлебобулочные изделия рекомендуется употреблять из муки цельного помола или с добавлением цельного зерна (так называемые диетические сорта хлеба: «здоровье», «докторский», хлебцы из обдирной муки и пр.).

При гипогликемии надо ограничить потребление мучного даже из цельной муки, при повышенном весе также, но ни в коем случае не следует совсем исключать крупы и хлеб из цельной, нерафинированной муки. При пониженном весе такие продукты, наоборот, надо есть в большем, чем обычно, количестве. Наиболее полезны каши из цельных необработанных круп: овсяная, пшеничная, очень полезно добавление к каше, оладьям и пр. отрубей, в которых содержится весь комплект витаминов группы В, а также пророщенная пшеница.

За рубежом специально в пищу продаются пророщенная пшеница, масло из пророщенной пшеницы (витамины Е в натуральном виде), лецитиновые гранулы и пр. У нас можно самим проращивать пшеницу, используя старинный йогоский способ для употребления ее в пищу.

Орехи и семечки являются ценным питательным добавлением к обычной пище, в некоторых случаях могут заменить мясо. Кроме того, орехи и семечки содержат важные жирные кислоты. Если имеется арахис, подсолнечное или оливковое масло, то с помощью миксера можно сделать арахисовое масло для салатов. При пониженном весе хорошо употреблять всевозможные сорта орехов, без ограничений (при плохо работающем желудочно-кишечном тракте желательнее молоть орехи и семечки в кофемолке — для лучшей усвояемости).

Продукты, употребляемые в ограниченных количествах

Понятие «ограниченный» определяется целым рядом индивидуальных факторов: излишний вес, недостаточный вес, физическая активность, повышенный уровень холестерина в крови, гипогликемия. При повышенном весе, сидячем образе

...и, гипогликемии может оказаться необходимым понизить нормы даже тех продуктов, которые рекомендуются употреблять без ограничений: фруктов, соков, хлеба, каш, риса, кукурузы, картофеля. При пониженном весе те же продукты можно употреблять в больших количествах.

Жиры надо употреблять осторожно. Для бутербродов и для уже приготовленных каш и картофеля лучше употреблять сливочное масло, а для приготовления пищи (салаты и пр.) следует употреблять растительные нерафинированные масла. Из всех сортов нерафинированных масел в наших условиях рекомендуется использовать нерафинированное подсолнечное масло.

Очень полезны нерафинированные оливковое, кукурузное, кунжутное масла, в которых содержатся ненасыщенные жирные кислоты. Совсем исключать из рациона сливочное масло ни в коем случае нельзя, хотя его и надо ограничивать. Насыщенные жиры (особенно маргарин и пр.) нарушают холестериновый метаболизм в организме. Все растительные и животные жиры, особенно рафинированные, увеличивают потребность организма в витамине Е, поэтому надо следить за тем, чтобы в организм поступало его достаточное количество.

Соль. Каждый получит большую пользу, если ограничит потребление соли. При гипертонии или склонности тканей удерживать жидкость соль строго противопоказана.

Кофе и чай. Питательная ценность практически равна нулю, поэтому употребляйте эти продукты понемногу и только во время еды. Не подслащивайте их сахаром. Сахар и все его заменители (у нас продается только фруктоза) все равно представляют собой один и тот же элемент — сахарозу.

Хотя злоупотребление медом в качестве заменителя столового сахара тоже рискованно, но у меда есть масса преимуществ. Поскольку мед вдвое слаще, чем столовый сахар, то, возможно, вы будете употреблять его в небольших количествах. Кроме того, основную часть в «сладости» меда несет фруктоза, которая не требует такого большого количества инсулина для процесса метаболизма, как сахароза. (Кроме того, мед содержит огромное количество витаминов, питательных веществ и микроэлементов и обладает целым рядом лечебных факторов, благоприятно действующих на организм человека.)

«Мед — кусок солнца на столе», по так же, как и солнцем, надо пользоваться им в разумных дозах. Поддерживающая доза меда для здорового человека — 6 чайных ложек в день (Джарвис Д. Мед и другие естественные продукты. — Бухарест: Анимондия, 1982. — Изд. 2).

Продукты, которых следует избегать

Избегать следует продуктов, которые являются факторами риска и могут способствовать возникновению различных заболеваний, в том числе и эмоциональных нарушений: рафинированный столовый сахар, рафинированная мука высших сортов (белая), гидрогенизированные (насыщенные) жиры, пищевые консерванты, особенно такие, как нитраты и нитриты, а также искусственные пищевые красители и добавки для улучшения цвета, вкуса и пр.

Хотя быть слишком добродетельным и совсем исключить все эти продукты из каждодневного рациона может оказаться слишком трудно (и даже подействовать фрустрирующе), следует попы-

таться заменить как минимум 75% этих нежелательных продуктов.

Из всех продуктов наиболее вредным является рафинированный столовый сахар. Это один из наиболее главных факторов риска, способствующих ожирению, диабету, гипогликемии, кариесу и другим болезням зубов и десен, образованию камней в почках, воспалению мочеполовых путей, сердечно-сосудистым заболеваниям, раку кишечника, дивертикулам, несварению, гормональным нарушениям и психическим болезням.

Поскольку калории в пищевых продуктах, обогащенных сахаром, пустые, эти продукты очень мало дают организму для удовлетворения его потребностей в витаминах, минеральных веществах, основных жирах и белках. В то же время значительные количества таких важных витаминов, как тиамин (B₁), рибофлавин (B₂), пиридоксин (B₆), пантотеновая кислота, фосфор и магний, необходимы для того, чтобы усвоить сахар в процессе обмена веществ. Вот почему, поглощая сахар и сахаросодержащие продукты вместо натуральных сахаров (меда и пр.), содержащих эти и другие витамины и минеральные вещества, люди доводят дело до резкого дефицита этих веществ и витаминной недостаточности в частности.

Кроме того, следует учесть, что большинство продуктов фабричного изготовления содержат сахар в скрытом виде: кондитерские изделия, безалкогольные напитки, мороженое, коктейли, соки, компоты, сиропы и пр. В результате и без того завышенные нормы потребления сахара резко увеличиваются. Следует по возможности избегать таких продуктов.

Рафинированная мука высших сортов. По возможности следует ограничить употребление продуктов, приготовленных из белой рафинированной муки высших сортов: белый хлеб, печенье и кексы, булочки, торты, вермишель, макароны, спагетти и прочие кондитерские и мучные изделия такого рода. Не позволяйте этикеткам «витаминизированная мука» обмануть вас. Помните, что из 20 различных витаминов, минеральных солей, аминокислот, уничтожаемых в процессе рафинирования, в том числе отбеливания с помощью хлорной извести и других процессов обработки цельного пшеничного зерна (для получения белой рафинированной муки высших сортов), в ходе «витаминизации» восстанавливают всего 4! К тому же, очевидно, что есть еще и неизвестные пищевые ингредиенты, до сих пор не открытые учеными, которые могут оказаться совершенно необходимыми для здоровья человека.

Гидрогенизированные (насыщенные) жиры: маргарин и прочие «твердые жиры» (за исключением натурального сала) по возможности должны быть изъяты из употребления, поскольку их синтез производится с помощью водорода. Такие жиры не усваиваются организмом и нарушают процессы метаболизма. Большинство промышленных кондитерских изделий содержат насыщенные жиры, а так как они одновременно содержат и рафинированный сахар, в рафинированную муку высших сортов, то лучше вообще избегать таких вредных изделий.

Нитраты и нитриты. Эти химические вещества обычно используются для сохранения, консервирования, улучшения цвета и вкуса мясных консервов и колбасных изделий, ветчин, сосисок, копченостей, рыбных консервов и копченой рыбы. Нитраты и нитриты, соединяясь в организме с некоторыми аминокислотами, даже в очень малых дозах, способствуют образованию раковых опухолей. Они также вызывают несварение, что, в свою

авариях, может способствовать психическим заболеваниям.

Искусственные красители и вкусовые добавки. Для улучшения цвета и вкуса во многие продукты промышленного изготовления добавляются различные химические ингредиенты, которые не указываются на этикетках. Например, в течение многих лет консервирование зеленого горошка проводилось с помощью мышьяка и пр. Следует стараться избегать употребления консервированных продуктов, особенно в металлических коробках.

Очень важно помнить, что два различных продукта при одинаковом количестве калорий могут резко отличаться по питательной ценности, что именно натуральные продукты содержат ценные витамины, минеральные соли, микроэлементы и пр., чего нет в продуктах, обработанных фабричным способом. В связи с этим для перекусов и завтраков, которые берут с собой на работу, надо стараться выбирать фрукты, соки, овощи, орехи, делать бутерброды с маслом, а не маргарином, выбирать натуральный сыр и сухофрукты.

Для многих людей завтрак — один из самых существенных приемов пищи за день, для некоторых отсутствие плотного завтрака может привести даже к падению энергии и плохому самочувствию. Особенно важно завтракать людям с пониженным весом и склонностью к гипогликемии. Для того типа людей, у которых появляются неприятные ощущения при чувстве голода, полезнее есть чаще, чем 3 раза в день, понемногу, поскольку это стабилизирует уровень сахара в крови и снижает чувство голода и усталости.

Обязательные витамины

Кроме рационального подбора здоровой натуральной пищи в рамках, указанных выше, оптимальная диета предлагает обязательный прием ежедневно определенных доз витаминов и минеральных солей в качестве профилактической меры против недостаточно полноценного питания и дефицита витаминов и пр., связанного с индивидуальными отклонениями в биохимическом равновесии, с реакцией психологического стресса, с различными заболеваниями, физической пассивностью, старением, приемом различных лекарств. Все это вызывает дополнительный дефицит витаминов. Да и сама по себе пища в современных условиях сохранения, транспортировки, приготовления (не говоря о химических удобрениях, используемых в ходе выращивания фруктов и овощей) не может полностью обеспечить потребности организма в витаминах и пр., важных питательных ингредиентах. Витаминно-минеральные добавки надо принимать до еды или во время еды.

Для питания клеток мозга необходимо ежедневное потребление следующих витаминов:

витамины А	10 000—25 000 ед.
витамины Д	1000—2500 ед.
витамины Е	100—800 ед.
витамины С	300—1500 мг
биофлавоноиды	50—300 мг
витамины В ₁ (тиамин)	10—25 мг
витамины В ₂ (рибофлавин)	10—25 мг
витамины В ₆ (пиридоксин)	10—25 мг
витамины В ₁₂ (цианокобаламин)	20—100 мг
фолиевая кислота	75—100 мг
инация или панаминамид	75—150 мг
пантотеновая кислота (РАВА)	50—200 мг
биотин	25—50 мг
22 холин	25—50 мг
	100—500 мг

иодант	100—500 мг
кальций	250—1000 мг
фосфор	100—200 мг
железо	10—25 мг
медь	0.5—2 мг
йод	0.15 мг
цинк	2—20 мг
калий	20—40 мг
марганец	2—20 мг
магний	20—300 мг

Пивные дрожжи, порошок из высушенной печени, костный бульон — ценные источники витаминов группы В, важных микроэлементов, не включенных в добавочную витаминную формулу, а также тех питательных веществ, которые еще не открыты. К тому же пивные дрожжи и печень — прекрасные источники белка.

Одним из противоречивых вопросов является норма витамина С и витамина Е в день. Недавние исследователи показали, что необходимо как минимум 1000 мг витамина С и 600—800 ед. витамина Е ежедневно. Доза 2500 мг витамина С ежедневно для мужчин и 2000 для женщин является профилактической дозой против обычных простуд. Не следует бояться слишком больших доз витаминов, надо ориентироваться на здравый смысл и самочувствие.

Следует помнить, что прием только витаминов в случаях психических нарушений не даст эффекта, необходим комплексный подход. Для того чтобы не беспокоиться по поводу чрезмерных доз витаминов, не следует принимать их сразу, дневную дозу необходимо разделить на несколько раз и принимать во время или перед едой. Для людей, страдающих несварением, прежде чем употреблять соляную кислоту, попробуйте яблочный уксус (Джарвис Д. Мед и другие естественные продукты).

Важно проконсультироваться с врачом, так как несварение желудка, связанное с дефицитом соляной кислоты, и неполноценное питание могут повлиять на психическое здоровье и усилить уже имеющиеся психические симптомы нарушения эмоционального равновесия.

Если вы заметили неприятные симптомы, сигнализирующие о плохом усвоении жиров, то соли желчных кислот и энзимы поджелудочной железы (панкреатин) могут облегчить состояние.

В тех случаях, когда желудочные недомогания существуют долго или были вызваны приемом антибиотиков, которые убивают не только болезнетворные микробы, но и здоровую кишечную флору, часто необходимо заселить желудочно-кишечный тракт здоровыми микробами. Для этого надо провести несколько курсов бифидумбактерина, колибактерина, бификолы или лактобактерина (Начинаева, Олейник. Дисбактериоз кишечника. — Киев, 1976). Также очень полезны натуральные кисло-молочные продукты: простокваша, кефир, ряженка, йогурт, ацидофилин, мацони и пр.

Запоры или расстройства желудка могут быть вызваны дефицитом натуральной клетчатки в рационе. Для преодоления этого состояния необходимо перед каждым приемом пищи, особенно на тощак и на ночь, съесть сырые овощи и фрукты, а также во время еды принимать подсушенные пшеничные отруби, которые можно добавлять в блюдо, 1—6 чайных ложек.

Сочетание оптимальной диеты и рекомендованных витаминных добавок, судя по 25-летней практике Е. Хераскина и У. Рингдорфа, а также других врачей, способствует постепенному исчезновению многих симптомов эмоционального расстройства.

А. А. БЕЛИК

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Часть I

Народная медицина как целостная система воздействия на человека была рассмотрена в моей предыдущей статье (см. «Твое здоровье» № 6/90). Это выражается в том, что врачуют не только тело, но и душу человека, учитываются различные психологические и этнокультурные особенности людей. Как в лечении так и в предупреждении заболеваний фундаментальную роль играют различные виды психотерапии не только как воздействие целителя (шамана, например) на отдельного больного или группу пациентов, но значительно шире: как регулярное психотерапевтическое воздействие на всех членов общности, при этом предполагается и перемещение несовместимых по психологическим характеристикам людей из одной общности в другую.

В такой терапии важны ритуалы, очень часто с памеренно вызванными экстатическими состояниями. И направленность, содержание, регулярность психотерапии, в том числе и в экстатических формах, имеют социальное назначение, психологический смысл. Как показали последние исследования, явления эти глубоко органичны.

ЦЕЛОСТНОСТЬ КОМПЕНСАЦИИ

В конце 60-х годов в индустриально развитых странах было отмечено распространение экзотических, часто мистических культов, массовых психотерапевтических движений, а также экстатических ритуалов различных видов. И практически весь спектр проблем, явлений, их порождающих (о которых говорилось в предыдущей статье о народной медицине), в традиционных обществах, касается в настоящее время в не меньшей степени обществ индустриальных. Не составляет исключение в этом плане и СССР.

Так, со второй половины 80-х годов волна массового увлечения психотерапевтическими методами достигла и нашей страны. Вхождение в коллективный транс мы можем наблюдать на концертах рок-музыки. В 1989—1990 гг. в СССР были проведены пробные сеансы трансцендентальной и трансперсональной медитации. Таким образом, и психотерапия, и экстатические состояния вошли в нашу жизнь и составляют часть окружающего мира.

Закономерно встает вопрос: как относиться к этим явлениям, каков их смысл или его нет? Что это: очередное модное увлечение или все же оно выполняет какое-то функциональное назначение, стремление к новым развлечениям пресыщенного человека эпохи ИТР или же некоторая объективная тенденция, обусловленная развитием современного общества?

На основании результатов новейших исследований я попытаюсь ответить на вопрос о смысле и назначении в современном обществе различных видов психотерапии и экстатических состояний. Значение анализа этих явлений состоит не только в абстрактно-отвлеченном понимании круга об-

суждаемых проблем, но в более усугубленном понимании феномена человека. На мой взгляд, анализ психотерапии процессов внушения различных эмоциональных состояний может помочь человеку разобраться в себе самом, в тайнах своего «я».

Прежде чем обсуждать подход, в рамках которого можно прийти к пониманию столь сложных проблем, необходимы некоторые предварительные соображения о том, почему стало возможным массовое распространение психотерапевтических систем и экзотических культов в индустриально развитых странах. Каковы необходимые и достаточные условия этого процесса?

С середины XX века значительно ослабло значение и влияние религии (христианства) как регулятивной силы, особенно в осуществлении психотерапевтической компенсаторной функции. В этой области классические религии были заметно потеснены квазирелигиозными культами как политического типа (культ вождя), так и мистически-экзотического толка.

Значительную роль в выполнении компенсаторной функции (восполнения действительности, утешения) играет современная массовая культура в явлениях рок- и поп-музыки, кино, спорта. Индустриальное развитие, все повышающийся темп жизни, технократическая идеология не дают человеку удовлетворить свои специфические потребности в общении, единении, принадлежности к общности и др. В процессе труда на современном предприятии человек реализует те свои возможности, которые необходимы прежде всего тому или иному виду производства — материального или духовного.

Нередко это могут быть лишь двигательные навыки, контролирующая функция в постоянно стрессовой ситуации (автосчетчик, диспетчер на АЭС, обслуживание других автоматизированных систем). И становятся совершенно лишними душевные порывы человека, его чувства. А это привело к тому, что в странах Запада маскировка эмоций стала неотъемлемой чертой повседневной жизни: они объявляются чем-то второсортным, подавляются различными способами.

По мнению немецкого этолога Эйбл-Эйбесфельда, «проблема приняла такие масштабы, что люди уже озабочены своей неспособностью общаться даже с близкими родственниками». В традиционных обществах, а в прошедшую эпоху и в современных, дефицит общения, эмоциональности во многом преодолевался в коллективных ритуалах, важнейшим следствием которых была психотерапевтическая компенсация. Она традиционно состояла в коммуникации, объединении людей, в преодолении одиночества, тревожности, отчуждения. Все это давало чувство принадлежности к группе (социальной, половозрастной, конфессиональной). Как же теперь достигается компенсация?

Одну из форм преодоления дефицита общения и эмоционального отчуждения, приобретения чувств-

на общности мы можем наблюдать на концертах рок-музыки. Нередко здесь можно наблюдать коллективное вхождение в транс. Именно в этой связи обращает на себя внимание одна характерная деталь — ритмические движения тел слушателей и руки, поднятые над головой, аплодирующие в такт музыке. Точно таким же способом входят в транс молokane-прыгуны, пятидесятники, у которых часовые молитвы сопровождаются поднятием рук.

Безусловно, не всегда и не все, что происходит на концертах рок-музыки, способствует «реализации деструктивных импульсов» в культурно приемлемых формах. К сожалению, бывает, что стимулируется и агрессивное поведение, но это своеобразная плата за происходившее подавление эмоций. Известно, что «человек не может и не должен отрицать свои чувства, если же он отрицает их, противореча своей природе, то теперь уже он не может утверждать их иначе, как отрицательным противоречащим себе уродливым путем...» (Л. Фейербах).

С 1988 г. из Манчестера пришло новое увлечение: танцевальные марафоны с употреблением стимулятора наркотика «Экстаз». Смысл состоит в произвольных коллективных движениях всю ночь напролет, которые снимают усталость после монотонной рабочей недели. По словам одного из пионеров этого движения, это совершенно особое чувство освобождения, создающее атмосферу открытости и дружелюбия, чувствуешь себя словно в племени.

Раскрепощение эмоций, освобождение на время от сдерживающих этнокультурных механизмов, расслабление и одновременно непостоянство в проявлении чувств — все это существовало в различные периоды истории европейских стран. Вакханалии в Древней Греции, карнавалы в средние века, экстатические ритуалы ведм и т. д.

Таким образом, использование экстатических состояний можно обнаружить на протяжении всей истории человечества и у различных народов. По мудрому замечанию Б. Рассела: «Благоразумие против страсти — это конфликт, проходящий через всю историю человечества. И это не такой конфликт, при котором мы должны целиком становиться на сторону одной из партий».

ЧТО ТАКОЕ ИСС?

В данной статье экстатические состояния того или иного вида рассматриваются в качестве психотерапии, наиболее глубокой ее формы. Следует подчеркнуть, что объектом воздействия в данном случае являются не только и не столько больные, сколько здоровые люди, но не имеющие возможности полноценно общаться, испытывающие эмоциональный стресс.

Экстатические состояния в рамках психотерапии охватывают широкий спектр явлений, существующих в жизни общества и затрагивающих внутренний мир человека.

Для того чтобы проанализировать и понять столь многообразное явление, необходимо выделить некоторую общую часть в его функционировании. По моему мнению, для этой цели можно использовать понятие «измененные состояния сознания» (ИСС), распространенное в психологической антропологии. Чтобы понять, объяснить распространение какого-либо явления среди людей, необходимо:

выяснить роль и назначение его в жизни социальной общности и психологических особенностей деятельности индивида;

24 основание его во внутриорганическом аспекте

функционирования индивида (функциональные физиолого-биохимические механизмы);

значение его в аспекте включенности человека в окружающие экологические взаимосвязи. С этих позиций обратимся к содержанию понятия ИСС.

Предварительно подчеркнем, что измененные состояния сознания представляют собой не только наши субъективные ощущения, но и сложные (внутриорганические) трансформации в функционировании нашего тела. Каковы же специфические черты, свойственные этим состояниям? В книге американского антрополога Эрики Бургиньон «Психологическая антропология» (1979) выделяются следующие особенности ИСС:

изменения в ощущениях, восприятии, мышлении; потеря ощущения времени, контроля; изменение и выражении эмоций, в восприятии своего собственного тела, сужение или расширение границ собственного «я», растворение собственного «я», сверхчувствительность и др.

Какие же явления отвечают перечисленным признакам?

Религиозный и сексуальный экстаз, ритуальный транс, состояние гипноза, сон в активной фазе (сновидений), состояния просветления, озарения (сатори — в восточных культах), ощущения человека в кризисных состояниях (например, перед смертью), состояния, переживаемые в трансперсональной медитации. Также и комплекс явлений, названный американским психологом А. Маслоу «высшие переживания», — ощущения человеком в процессе или в результате одухотворенной деятельности: это высшие точки творческого переживания, вдохновения, мгновения экстаза от восприятия красоты природы и духа — можно к ним отнести.

Нередко возникают возражения против объединения столь разнородных явлений в одно целое. Часто это касается сновидений, поэтому рассмотрим, соответствует ли данный феномен признакам измененного состояния сознания? Речь идет о той фазе сна, в которой мы видим сновидения: имеются ли во сне изменения наших ощущений, например, нашего собственного тела, восприятие особых, неведомых наяву состояний? Судите сами: во сне человек может не чувствовать своего тела или потерю его в весе, летать. Теряет ли человек чувство времени во время сновидений? Да. Такие явления наблюдаются. Можем ли мы контролировать свое поведение во сне? Нет.

Еще один важный признак — сверхчувствительность или потеря критичности: во сне часто отмечается уверенность в реальности происходящего, оно эмоционально переживается. Хотя во сне иногда проявляется вмешательство рационального «я» — в желании проснуться, выйти из неприятной ситуации. Важно подчеркнуть, что лишение сна либо регулярный краткосрочный сон — элементы техники вхождения в транс, используемой в традиционном обществе наряду с сенсорным голодом, физическим стрессом, ритмической музыкой и танцами.

Примечательно, что намеренное вхождение в ИСС может достигаться прямо противоположными действиями: отсутствием эмоциональных впечатлений, тишиной, как и избытком эмоциональной активности. При длительном недостатке сна организм человека как бы компенсирует его, дополняет с помощью ИСС в форме видений наяву или в какой-либо другой форме. То же касается ощущений людей, долгое время лишенных сенсорной информации (в длительных путешествиях, в сурдокамере, в космических полетах); они слышат музыку, голоса людей и тому подобные явления.

... в экстремальных условиях. В качестве примера влияния сенсорной депривации на состояние ощущения Христины Риттер, проведя 30 суток в условиях полярной ночи на Гренландии, часто возникало чувство всеобщей гармонии, особого смысла окружающего мира. Она чувствовала, что как бы воедино слилась со Вселенной. У нее развивалось состояние любви к этой ситуации, сопровождавшееся очарованием и галлюцинациями. Эту любовь она сравнивала с состоянием, которое испытывают люди при приеме наркотиков или в религиозном экстазе.

Вполне можно предположить, что таким способом человек защищается от перенапряжений и стрессов, что так срабатывает психологическая защита. Именно такую же функцию несут экстатические ритуалы в традиционных обществах (это своеобразная вакцинация против психозов и неврозов), которые повышают психологическую стабильность общности путем провоцирования одержимых, сходных по форме с патологическими состояниями.

Но явления ИСС могут быть и менее тотальными. Назначение их может быть ограничено преодолением дискомфорта, повышенной раздражительности, разлада с самим собой и в отношениях с другими людьми. Сон, например, снимает дисбалансированность, приводит к гармонизации, согласованности. Смысл такого рода реакций человека состоит в компенсации, своеобразном дополнении того, что не хватает ему для нормального функционирования в тех или иных трудных условиях. Этим поддерживаются психологическая стабильность и активизируются энергетические резервы человека.

В жизни современного общества постоянно воспроизводятся условия, необходимые для вхождения в ИСС: это и сенсорный голод, стресс, отчуждение человека от человека, недостаток эмоционального общения. К этому надо добавить блокировку эмоций, являющихся энергетическим фундаментом жизнедеятельности человека. Поиск обходных способов высвобождения, как правило, ведет не к гармонизации, а к разбалансировке отношений индивида с самим собой и окружением.

Это выражается в агрессивности, враждебности по отношению к окружающим, может приводить к психологическим расстройствам, вплоть до психозов. Нередко нереализованная психическая энергия направляет удар по внутриорганическим, автоматически регулируемым процессам, что приводит к нарушению их функционирования и ведет к различным патологиям (ишемическая болезнь сердца, язва желудка и т. д.).

В этой связи задача психотерапии, индивидуальной и групповой, — противостоять патологическим тенденциям, преодолеть рассогласованность с самим собой, с окружающими, повысить уровень коммуникабельности, развить способность к общению. Другими словами — сформировать установку к самореализации. Например, А. Маслоу полагает, что основная цель всех видов терапии — самоактуализация, предельным выражением которой являются высшие переживания. В своей книге «Мотивация и личность» он так описывает впечатление людей о своих высших переживаниях: сужение поля зрения, одновременно чувство прилива сил и ни с чем не сравнимой беспомощности, ощущение возвышенного экстаза, потери ориентировки во времени и пространстве и, наконец, сознание того, что произошло что-то очень важное и значительное, ценное.

Существенная черта высших переживаний — достижение большей целостности во внутриоргани-

ческом функционировании человека и в интеграции индивида с внешним миром. Вероятно, полагает А. Маслоу, интенсивные высшие переживания есть огромная интенсификация любого переживания, в котором присутствует потеря «я» или его границ, забывание себя. Одной из важнейших черт, необходимых человеку для достижения гармонии, он считает чувство прекрасного, формирование которого должно быть сверхзадачей обучения.

Научить человека слышать и видеть красоту, сопереживать ее в произведениях искусства — именно на этой основе возможен один из видов психотерапии, использующих механизмы, заложенные в восприятии искусства. Человек в процессе восприятия произведения искусства сопереживает, становится соучастником действия. Он в каком-то смысле погружается в поток описываемых или показываемых событий, полностью отдаваясь происходящему, отдает на время частичку своего «я».

Просветляющее влияние искусства, катарсическое его действие подобно очищающему действию грозы, которой предшествовало мучительное предгрозовое конфликтное состояние. В этом смысле символически финал фильма А. Тарковского «Андрей Рублев»: гроза и теплый легкий дождь, подсвеченный солнцем, после мучительных творческих поисков главного героя, жизни, полной страдания. Эта сцена несет в себе гармоническое начало, символизирует блаженство, и зрители ощущают легкость и просветление. Восприятие произведений искусства, связанное с наслаждением, блаженством, есть также ИСС, подобные высшие переживания во многих чертах соответствуют определению, приведенному ранее.

Вот описание такого влияния (в рассказе Л. Н. Толстого «Крейцера соната»): «Музыка заставляет меня забывать себя, мое истинное положение, она переносит меня в какое-то другое, не свое положение. Она непосредственно переносит меня в то душевное состояние, в котором находился тот, кто писал музыку». Искусство гармонизирует наши чувства, вносит определенный порядок в нашу душу. И для этого необходимо определенное эмоциональное созвучие внутреннему состоянию человека, согласование между ним и произведением искусства, будь оно в классической или в современной форме.

Состояние эйфории, блаженства (экстаза) — неприменимый элемент практически всех ИСС. Сосредоточенность на ощущениях человека, испытывающего высшие переживания, блаженство. «Этот ряд переживаний с все уменьшающейся экстраверсией заканчивается состояниями экстатического счастья, когда «Я» всецело захвачено чувством, когда в субъективном восприятии исчезает внешний мир, когда человек находится вне времени и вне пространства, он «вне себя». Это точное значение слова «экстаз» (В. С. Дерябин. Психология личности и высшая нервная деятельность. — Л. 1980).

Состояние блаженства перед эпилептическим припадком описывает Ф. М. Достоевский в романе «Идиот»: «Ощущение жизни, самосознания почти удесятерилось в эти мгновения, продолжавшиеся как молния. Ум, сердце озарились необыкновенным светом, все волнения, все сомнения его, все беспокойства как бы умиротворялись разом, разрешались в какое-то высшее спокойствие, полное ясней гармонической радости и надежды, полное разума и окончательной причины».

САМОЛЕЧЕНИЕ ИЛИ БОЛЕЗНЬ?

Уже совсем недавно до середины 60-х годов подобные состояния рассматривались только как патологические. Но с развитием психологической науки и антропологических исследований, большею вниманием к внутреннему миру человека, влияние философских и религиозных учений Востока отношение к ним изменилось.

Да, состояния, подобные описанным, могут быть признаком патологии, психической дисфункции человека. Но всегда ли наличие их означает патологию, «чувства радости, не свойственного нормальному человеку»? На этот вопрос ответить можно только отрицательно. Вопрос о норме и патологии должен решаться не абстрактно-догматически, а конкретно-ситуационно, так как «нормальное поведение» человека не есть неизменное качество, а функция от определенной конкретно-исторической, этнокультурной и эколого-биологически обусловленной ситуации.

В качестве отрицательных сторон экстатических состояний приводят то, что высшая психическая деятельность подавляется силой эмоционального возбуждения, сознание сужается до узкого круга представлений, связанных с эмоцией, последняя получает доминантный характер, восприятие внешнего мира выключается или искажается. Но что происходит потом?

Согласно А. А. Ухтомскому «центр, близкий в своем возбуждении к кульминации, от добавочного раздражения будет впадать в торможение». Другими словами, из активного состояния человек перейдет в пассивное, расслабленное. А как это часто необходимо человеку эпохи ИТР! И как много заболеваний происходит из-за поломки механизма перехода из активного состояния в пассивное и наоборот: бессонница, депрессии и т. д. Согласно концепции А. А. Ухтомского как раз доминанта есть важнейший принцип поведения и реагирования человека, в том числе и в эмоциональной сфере, которое определяется соединением этнокультурного опыта и наличной ситуации.

Наш мозг «удивительный аппарат, представляющий собой множество переменных, калейдоскопически сменяющихся органов предупредительного восприятия, предвкушения и проектирования среды, — писал А. А. Ухтомский. — Процессы же смены органов достигается посредством образования доминанты и торможения прочего мозгового поля» (Избр. произв. — Л., 1978). Доминанта выражается в комплексе симптомов во всем организме — и в мышцах, и в секреторной работе, и в сосудистой деятельности. Это есть совокупность центров с повышенной возбудимостью на различных этапах мозга.

Воспоминание доминанты есть возобновление в организме всего комплекса симптомов на всех уровнях. При таком понимании общефизиологического процесса становится ясен общий механизм — возможность, необходимость основания переключения от одной формы деятельности к другой. Возбуждение одних центров есть торможение других, а перевозбуждение дает торможение доминанты. Собственно, этот принцип положен в основу метода терапии аналитического типа, а именно — пережить с избытком неприятный эпизод, имевший травматические последствия.

Травматические ситуации, имевшие место в прошлом, — заторможенное психофизиологическое содержание предшествующих доминант (ущемленных, ушедших в подсознание), которые необходимо согласовать с настоящими. Но пережитое не ограничивается лишь отрицательным содержанием, а переживаемые заново самые счастливые со-

бытия в жизни человека дают ему возможность гармонизации в трудных, экстремальных ситуациях. В этом отношении память о прошлом также может помочь человеку решить наличную проблемную ситуацию. Еще один вариант использования доминанты — попытаться сформировать воображаемую доминанту с положительной эмоциональной окраской, пережить ее. В этих вариантах — основа психотерапии.

Итак, можно утверждать, что экстатические состояния блаженства необходимо рассматривать не только как патологические: одна из их важнейших функций — релаксация (переход из активного возбужденного состояния в пассивное). Важнейшую роль экстатические ритуалы играют и в достижении оптимального соотношения уединенности и общения как важнейших потребностей человека. Потребность в уединенности выражает избирательный контроль доступа к «я», то есть открытость или закрытость для социальной и физической стимуляции. В традиционном обществе, в этнокультурной традиции заключены способы балансировки «уединенность — общение», то есть регуляции отношений «я — другие»: компенсируют ее традициями, связанными с временной изоляцией, и наоборот. ИСС, рассмотренные как доминирование эмоций, также есть способ регуляции отношения «я — другие», имеющий сложный двойственный характер. С одной стороны, это сужение круга представлений до одной эмоции, выраженной определенной комплексом ощущений, и торможение остального. С другой стороны — расширение границ «я», открытость к общению, чувству сплоченности с участниками ритуала, единению с природой.

Регуляция уединенности используется как основа «тихой терапии» — специфической формы народной медицины. Пациент полностью изолирован от воздействия других людей и природы, то есть он полностью лишен общения и другой сенсорной информации. Затем его поэтапно возвращают к природному и социальному окружению. Таким способом добиваются преодоления рассогласований в отношении «я — другие». Основной принцип здесь все тот же: отключение (отдых систем организма).

Согласование действий людей друг с другом, достижение коммуникации, понимания, то есть оптимальная реализация отношений «я — другие», необходимы любой этнокультурной общности. Важнейшей здесь представляется специфика осуществления этого процесса. Особенность состоит в том, что наряду с материальными объектами воздействия человека таковыми являются идеи, образы, понятия. Фундаментальное свойство человеческой деятельности — целеполагание (действие по схеме идеального образа), воплощение плана в духовной и материальной действительности. Такой способ действий предполагает вынесение вовне человека индивидуальных результатов труда в объективированных формах: устной речи, в виде искусства, воплощение идей в материальной форме.

Результаты труда в различных формах являются посредниками, можно сказать, медиаторами между людьми данной общности и между общностями. Главное, опыт индивида не становится законованным внутри него, а становится достоянием других — социальным опытом. Именно на основе целеполагающего способа действия возможно понимание людьми друг друга, сохранение традиций, историческая преемственность, благодаря ему сохранилась культура исчезнувших цивилизаций.

Важно то обстоятельство, что идеально-предметные результаты духовной деятельности, существуя в достаточной степени независимо от индивида,

А. МАСЛОУ

СПОСОБЫ ПОВЕДЕНИЯ,
ВЕДУЩИЕ К САМОАКТУАЛИЗАЦИИ

Что делает человек при самоактуализации? Выжимает ли он что-то из себя, скрипя зубами? Что означает самоактуализация в реальном поведении? Я опишу восемь путей самоактуализации.

Во-первых, самоактуализация означает полное, живое и бескорыстное переживание с полным сосредоточением и погруженностью, т. е. переживанием без подростковой застенчивости. В момент самоактуализации индивид является целиком и полностью человеком: это момент, когда «я» реализует самое себя.

Одна из целей консультирования — помочь нашим клиентам достигать этого переживания как можно чаще. Мы стремимся к тому, чтобы они осмелились полностью погрузиться во что-либо, забыть свои позы, свои защиты и свою застенчивость. Наблюдая со стороны, мы видим, что это очень приятный момент. Мы можем видеть, как в молодых людях, которые хотят казаться жестокими, циничными и умудренными опытом, вновь появляется что-то от детского простодушия, что-то невинное и свежее отражается в их лицах, когда они полностью посвящают себя переживанию момента.

Ключом к этому является бескорыстие. Наши молодые люди страдают от недостатка бескорыстия и от избытка застенчивости и сомнений.

Во-вторых, необходимо представить себе жизнь как процесс постоянного выбора. В каждый момент имеется выбор: продвижение или отступление. Либо движение к еще большей защите, безопасности, боязни, либо выбор продвижения и роста. Выбрать развитие вместо страха раз десять в день — значит десять раз продвинуться к самоактуализации.

Самоактуализация — это непрерывный процесс многократных отдельных выборов: например, лгать или оставаться честным; воровать или не воровать. Самоактуализация означает выбор возможности роста. Вот что такое движение самоактуализации.

В-третьих, само слово «самоактуализация» подразумевает наличие «я», которое может актуализироваться. Человек — это не восковый слепок, он всегда уже есть нечто, по меньшей мере некоторая стержневая структура. Человеческое существо есть как минимум определенный темперамент, определенный биохимический баланс и т. д. Имеется собственное «я» и то, что мной иногда называлось «прислушиванием к голосу импульса», что означает предоставление возможности этому «я» проявиться.

Большинство из нас чаще всего (особенно это касается детей и молодых людей) прислушиваются не к самим себе, а к голосу мамы, папы, к голосу государственного устройства, высших лиц, власти, традиции и т. д. Вот пример первого простого шага к самоактуализации, который я иногда предлагаю своим студентам. Когда их угощают вином и спрашивают, как им это вино понравилось, можно поступить различным образом.

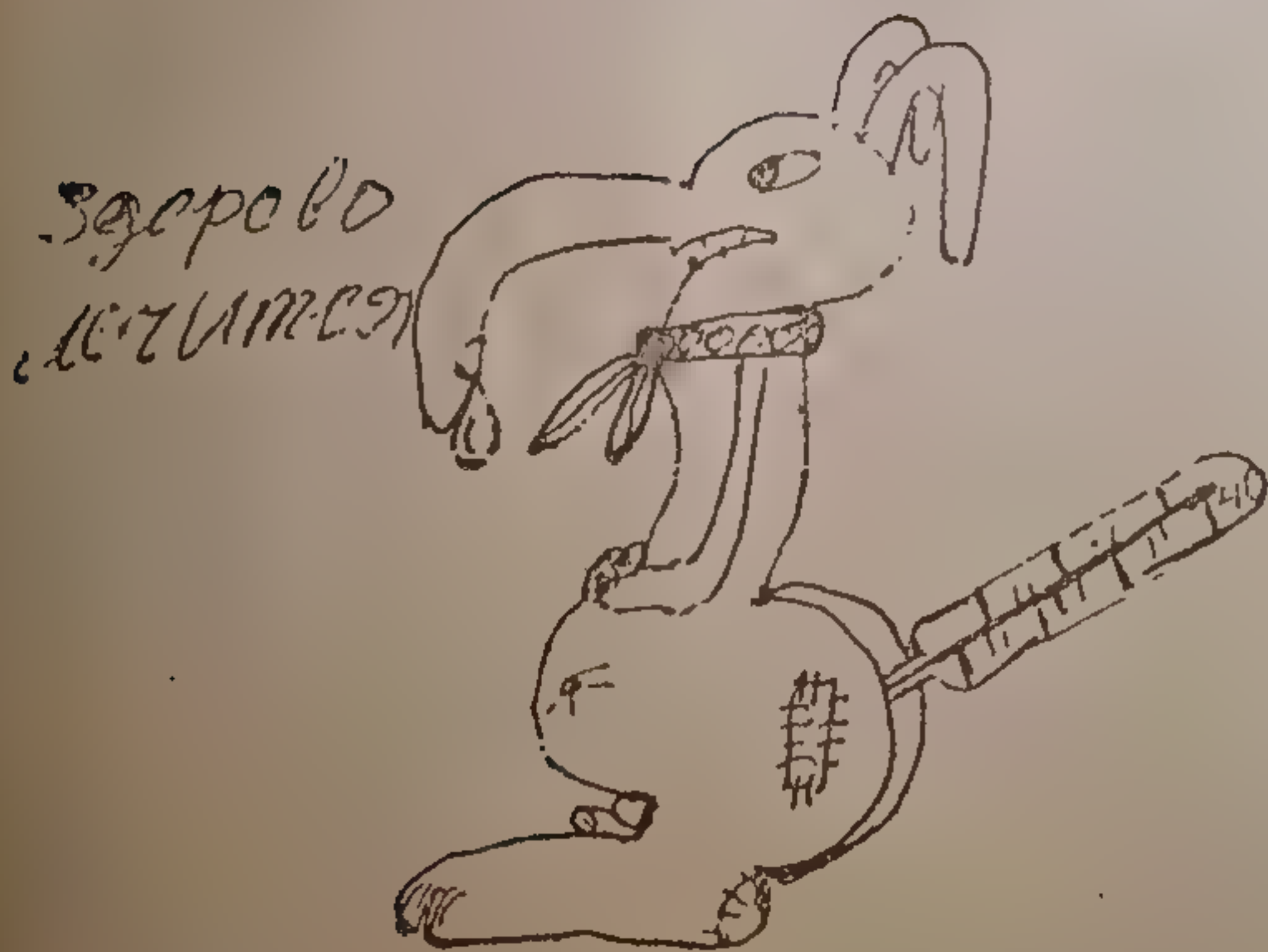
Первое, что я советую в таком случае, — не смотреть на этикетку бутылки, тогда вы не будете пользоваться этой возможной подсказкой для того, чтобы определить, нравится вам это вино или нет. Далее, я советую закрыть глаза, если это возмож-

но, и с помощью силой воздействия на формирование внутреннего «я» (слово, воздействие искусства, систем массовой коммуникации и т. д.). Способность независимого манипулирования образами в воображении, сопереживания в процессе восприятия искусства дают возможность компенсировать то, что человек не может реализовать в действительности: свои возможности, стремления. Способность представлять себя другим, быть в роли «другого» есть основа ряда психотерапевтических приемов. В ИСС — в экстатических ритуалах — также происходит расширение границ «я»: человек на время становится другим, испытывает чувство перевоплощения.

Потребность быть другим и способность удовлетворять эту потребность формируются еще в детстве. Дети видят перед собой свое будущее состояние — взрослых, они представляют себя другими, в своих играх осваивают будущий мир, преобразуют действительность в образной, идеальной форме. Эта способность остается и во взрослом состоянии, но чаще в виде «угасшей», заторможенной и забытой доминанты.

Стабильная, неизменная основа «я», связана с автоматически регулируемым функциями организма, обеспечивающими целостность и взаимодействие с окружающей средой: газообмен, водообмен, внутренний обмен веществ и т. д. Эта система (автономная, или периферическая, первичная система) функционирует без участия сознания, а ее стабильность — залог жизнедеятельности человека. Другая система управления в организме (ЦНС, уровень сознания), наоборот, подвержена изменениям, обучению, предполагая регулирование и со стороны сознания. Она делает возможным изменение «я». Взаимодействие этих двух систем управления, в данном случае выделенных функционально, является основой процессов, происходящих в процессе ИСС и сеансов психотерапии различного вида.

(Продолжение в следующем номере)





и «затаить» дыхание. Теперь вы готовы всмотреться внутрь себя, отключиться от шума внешнего мира, попробовать вкус вина на свой язык и обратиться к «Верховному судье» внутри себя. Тогда и только тогда вы сможете сказать: «Мне оно нравится». Полученное таким образом определение сильно отличается от обычной фальши, которой мы всегда в таких случаях предаемся.

В-четвертых, когда вы сомневаетесь в чем-то, старайтесь быть честными, не защищайтесь фразой «я сомневаюсь». Часто, когда мы сомневаемся, мы бываем неправдивы.

Наши клиенты чаще всего неправдивы. Они «играют в игры» и позируют, с трудом принимают предложение быть честными. Обращаться к самому себе, требуя ответа, — это значит взять на себя ответственность. Само по себе это огромный шаг к самоактуализации. Проблема ответственности до сих пор мало изучалась, она не появляется в нашей психологической литературе, так как невозможно изучать ответственность на белых крысах. И все же ответственность является наиболее осязаемой частью психотерапии.

В психотерапии можно увидеть, почувствовать и узнать момент ответственности. Именно здесь появляется ясное представление о том, что это такое, — это всегда большой шаг. Всякий раз, когда человек берет на себя ответственность, он самоактуализируется.

Пятое. До сих пор мы говорили о переживании без критики, о предпочтении выбора роста выбора страха, о прислушивании к голосу импульса, о честности и о принятии на себя ответственности. Это шаги к самоактуализации, и все они обеспечивают лучший жизненный выбор.

Человек, который совершает эти небольшие поступки во всякой ситуации выбора, обнаружит, что они помогают лучше выбрать то, что конституционально ему подходит. Он начинает понимать, что является его предпознанием: например, то, кто должен стать его женой или мужем, в чем смысл его жизни. Человек не может сделать хороший жизненный выбор, пока он не начинает прислушиваться к самому себе, к собственному «я» в каждый момент своей жизни, чтобы спокойно сказать: «Нет, это мне не нравится».

Для того чтобы высказать честное мнение, человек должен быть отличным, независимым от других, должен быть непоконформистом. Если мы не можем научить наших клиентов, молодых или старых, быть готовыми к независимой от окружающих позиции, нам следует сейчас же прекратить свою деятельность.

Шестое. Самоактуализация — это не только конечное состояние, но также и процесс актуализации своих возможностей. Это, например, развитие умственных способностей посредством интеллекту-

альных занятий. Здесь самоактуализация означает реализацию своих потенциальных способностей.

Самоактуализация — это не обязательно совершение чего-то из ряда воп выходящего, это может быть, например, прохождение через трудный период подготовки к реализации своих способностей. Самоактуализацией может быть упражнение для пальцев на клавиатуре пианино. Самоактуализация — это труд ради того, чтобы сделать хорошо то, что человек хочет сделать. Стать второстепенным врачом — это неподходящий путь к самоактуализации. Человек всегда хочет быть первоклассным или хорошим, поскольку он может быть.

Седьмое. Высшие переживания — это моменты самоактуализации. Это моменты экстаза, которые нельзя купить, которые не могут быть гарантированы и которые невозможно даже искать. Как писал К. С. Льюис, радость должна удивить.

Но условия для более вероятного появления таких переживаний создать можно. Можно, однако, и наоборот, поставить себя в такие условия, при которых их появление будет крайне маловероятным. Отказ от иллюзий, избавление от ложных представлений о себе, понимание того, для чего ты непригоден, что не является твоими потенциями, — это также часть раскрытия самого себя, того, чем ты в действительности являешься.

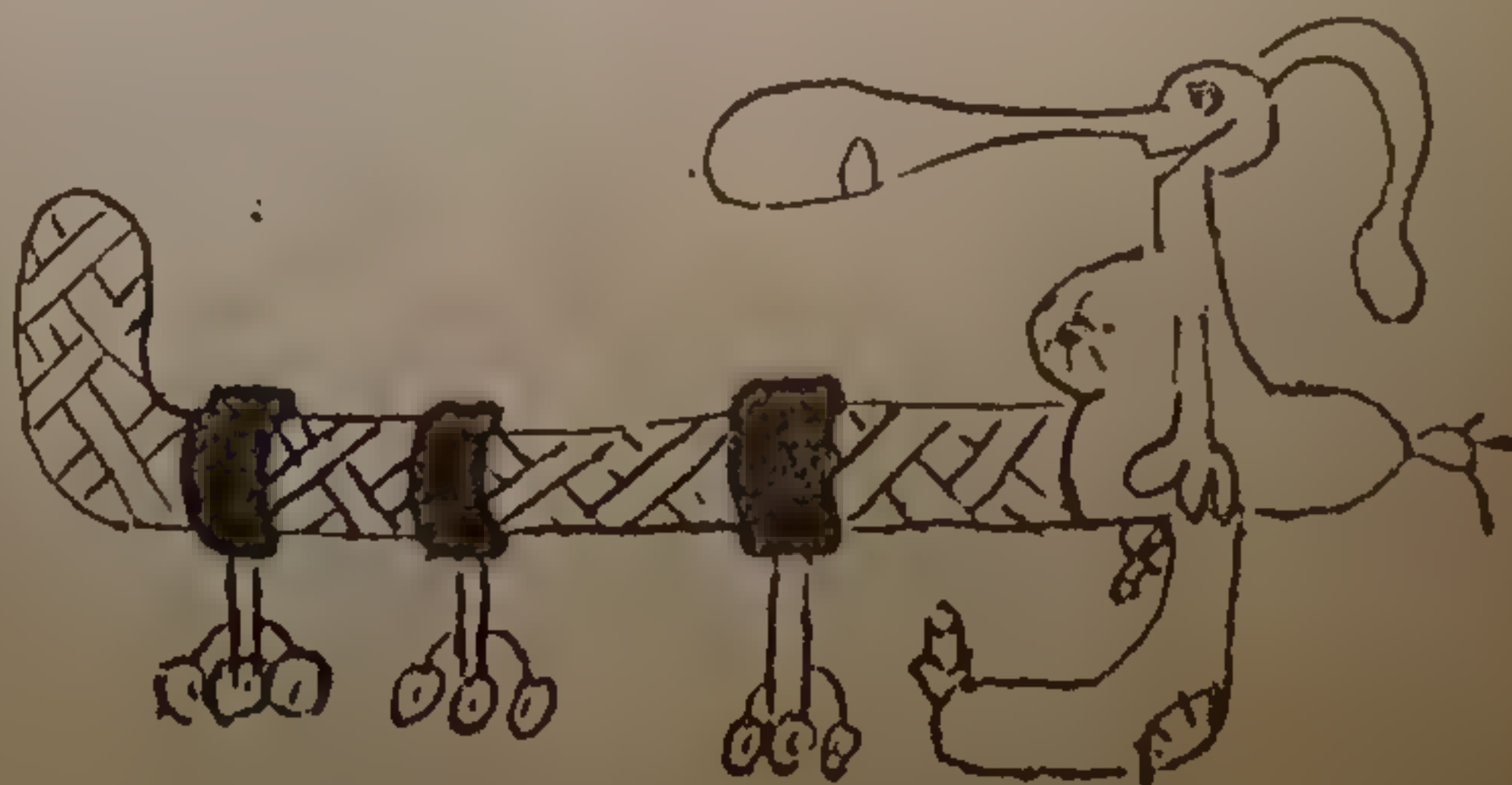
Практически каждый испытывает высшие переживания, но не каждый знает об этом. Некоторые люди отстраиваются от этих кратковременных тонких переживаний. Помочь людям ощутить эти недолгие мгновения экстаза, когда они наступают, — одна из задач консультанта.

Как может, однако, один человек, не имея никакой опоры во внешнем мире, взглянуть в скрытую душу другого человека и общаться с ним? Мы должны выработать новый способ общения. Я думаю, что этот тип общения в гораздо большей степени может послужить моделью для обучения и консультирования, для оказания помощи взрослым в реализации своих возможностей, чем тот, которым мы обычно пользуемся при обучении. Если я люблю Бетховена и слышу в его квартете что-то такое, чего вы не слышите, как мне научить вас услышать это? Звуки ведь одни и те же, но я слышу нечто прекрасное, а вы остаетесь безразличным. Звуки вы слышите, но как мне дать вам возможность услышать красоту?

Именно это — основная проблема обучения, а вовсе не обучение азбуке, арифметике и препарированию лягушек.

Восьмое. Пойти самого себя, раскрыть: что ты собой представляешь, что для тебя хорошо, а что плохо, какова цель твоей жизни. Все это требует разоблачения собственной психопатологии. Для этого нужно выявить свои линии защиты и после этого найти в себе смелость преодолеть их. Это болезненно, так как защита направлена против чего-то неприятного. Но отказ от защиты стоит того.

Здорово не читать



В порядке проведения практического анализа на конкретном примере актуального для всех событий наш корреспондент обратился с вопросом о войне в Персидском заливе к известному астрологу Михаилу Борисовичу ЛЕВИНУ.

ШЕЛ ЛИ САДДАМ В САМОВОЛКУ?

— Что можно сказать о событиях в Персидском заливе? Известно, что астрологи достаточно активно проявили себя во Второй мировой войне: можно вспомнить дуэль немецких и английских аналитиков, дававших рекомендации в выборе дат. Но в нынешней ситуации сомнений в успехе международной коалиции не было и до начала военных действий?

— Дело не в прогнозе, в данном случае прогнозировать действительно нечего, сомнений в исходе справедливой международной акции не возникает. Но вот, что касается дат, развитие событий — от захвата Кувейта Саддамом Хусейном до ответного удара коалиционных сил, взаимосвязь этих событий выглядит учебным примером из начального курса астрологии.

Впрочем, обратимся к разбору ситуаций. В ночь иракского вторжения в Кувейт (2 августа) Юпитер находился в знаке Рака ($26^{\circ}28'$), а вблизи точки противостояния ему на зодиакальном круге — в знаке Козерога находился Сатурн ($20^{\circ}42'$) в своем ретроградном движении. Такое расположение, называемое в астрологии оппозицией, свидетельствует о противостоянии двух сил: это экспансия Юпитера и стремление к сохранению статус-кво Сатурна.

Казалось, можно было бы поздравить Хусейна с удачным выбором времени, так как Сатурн в силу ретроградного движения недостаточно решителен, а Юпитер, находящийся в экзальтации (знак Рака) очень силен и активен, да и противостояние шло к концу. Но даже студент-астролог обязан знать, что именно в Козероге — знаке своего владения — Сатурн, как нигде в Зодиаке, настойчив в утверждении своих принципов, в отстаивании статус-кво. Владение сильнее, чем экзальтация, а ретроградное движение всегда переходит в прямое (директное).

Собственно, все так и происходило: вскоре Сатурн вернулся, пройдя в директном движении то место, где он находился 2 августа, и неумолимо достиг точки противостояния исходному положению Юпитера. И вот тут, в ночь на 17 января, его догнало Солнце. Судите сами: в этот момент, когда возмездие началось ударом крылатых ракет, в Козероге в $26^{\circ}22'$ находилось Солнце, а в $27^{\circ}33'$ — Сатурн. Почти градус в градус, и оба точно напротив исходной позиции Юпитера, т. е. его положения на 2 августа (начало саддамовской авантюры).

На взгляд астролога поразительна точность (разница всего в 6 минут для Солнца) выбора времени удара, когда мощь достигнутого соединения Сатурна с Солнцем оказалась надежной

гарантией неотвратимости возмездия. Небесная механика сюжета напоминает движения маятника: в августе Саддам Хусейн толкнул «боксерскую грушу» Сатурна, а в положенный срок, вернувшись, она ударила его по голове. Что же предвидеть этого он не мог? Поразительная пассивность? Чтобы ответить на этот вопрос, для анализа состояния ума астролог посмотрит положение Меркурия на момент начала вторжения в Кувейт иракских войск.

Что же говорит гороскоп (карта) войны в Персидском заливе? Оказывается, Меркурий находился в III доме, стандартное значение которого — «влияние братьев и сестер, приятелей». Но не друзей — они в XI доме, а там неблагоприятно (в него вошел Марс, да еще в конфликтном аспекте с Плутоном) — ожидалась потасовка, и, как мы знаем, Кувейту досталось. Итак, можно предположить влияние «приятелей и братьев» Ирака.

И действительно, позиция у Меркурия сильнейшая: он находится одновременно и в своем знаке (Дева), и в своем доме (III). Так что в помутнении разума обвинять багдадского диктатора астролог не мог бы. То обстоятельство, что Меркурий (посланник, советчик) находится все-таки в своем доме, свидетельствует, что без «братских советов» не обошлось. О чем же конкретно говорят аспекты Меркурия?

Их всего три на карте в данном случае — с Сатурном, Ураном и Плутоном. Сильнейший из этих аспектов — тригон (120°) с Ураном дает астрологу указание примет главного советчика из числа «приятелей-братьев»: он обладает планетным характером Урана. А что касается типа советника по знаку Зодиака, можно вспомнить, что Уран управляет Водолеем.

Но нельзя упускать из виду, что все это происходит на карте в момент восхода Венеры и Юпитера, следовательно амбиции агрессора должны были оказаться решающими. Так какова же роль советчика — Меркурия? Анализ его следующего (второго по силе проявления) аспекта — полутораквадрата (135°) с Сатурном — говорит о том, что за советом обращались и что полученные были обнадешивающие обещания. Однако они заведомо должны были быть нарушены: согласно традиционной астрологической классификации аспект этот негармоничен. Вот, кстати, о пользе астрологических знаний!

Ну, а третий аспект Меркурия — квинтиль (72°) с Плутоном — говорит нам о будущем, а не о прошлом. Это аспект перемен, в данном случае затрагивающий III дом («братьев и сестер»). Так что в результате сменятся «братья». Более подробный астрологический анализ с рисунками карт будет представлен в ближайшем номере журнала «Домашний астролог».

— Будем надеяться, что оперативное лечение диктаторских амбиций, происходящее в Персидском заливе, на долгий срок предохранит тоталитарные государства от застарелых болезней — агрессии, экспансии и терроризма, которым они так подвержены.

	Овен март	Телец апрель	Близнецы май	Рак июнь	Лев июль	Дева август	Весы сентябрь	Скорпион октябрь	Стрелец ноябрь	Козерог декабрь	Водолей январь	Рыбы февраль
1928*	1961	20:20,5	20:07,9	21:07,4	21:15,5	23:02,4	23:09,3	23:06,7	23:15,8	22:02,3	20:07,0	18:21,3
1929	1962	21:02,5	20:13,8	21:13,3	21:21,4	23:08,3	23:15,2	23:12,6	23:21,7	22:08,3	20:13,0	19:03,2
1930	1963	21:08,3	20:19,6	21:19,0	22:03,0	23:14,0	23:21,0	23:18,4	24:03,5	22:14,0	20:18,9	19:00,1
*1931	1964	20:14,2	20:01,4	21:00,8	21:08,0	22:19,9	23:02,8	23:00,3	23:09,3	21:19,8	21:00,7	19:14,9
1932*	1965	20:20,0	20:07,4	21:06,8	21:14,9	23:01,8	23:08,7	23:06,1	23:12,5	22:01,7	20:06,5	18:20,8
1933	1966	21:01,9	20:13,2	21:12,5	21:20,5	23:07,4	23:14,3	23:11,7	23:20,8	22:07,5	20:12,3	19:02,6
1934	1967	21:07,6	20:18,9	21:18,3	22:02,4	23:13,3	23:20,2	23:17,6	24:02,7	22:13,3	20:18,1	19:08,4
*1935	1968	20:13,4	20:00,7	21:00,1	21:08,2	22:19,1	23:02,0	22:23,4	23:08,5	21:19,0	20:23,9	19:14,1
1936*	1969	20:19,1	20:06,4	21:05,8	21:13,9	23:00,8	23:07,7	23:05,1	23:14,2	22:00,7	20:05,6	18:19,9
1937	1970	21:00,9	20:12,2	21:11,6	21:19,7	23:06,0	23:13,6	23:11,0	23:20,0	22:06,6	20:11,4	19:01,7
1938	1971	21:06,6	20:17,9	21:17,2	22:01,3	23:12,2	23:19,2	23:16,7	24:01,9	22:12,4	20:17,2	19:07,4
*1939	1972	20:12,3	19:23,6	20:23,0	21:07,1	22:18,0	23:01,0	22:22,5	23:07,7	21:18,2	20:23,0	19:13,2
1940*	1973	20:18,2	20:05,5	21:01,9	21:13,0	22:23,9	23:06,9	23:04,3	23:13,5	22:00,1	20:04,8	18:19,0
1941	1974	21:00,1	20:11,3	21:10,6	21:18,6	23:05,5	23:12,5	23:10,0	23:19,2	22:05,9	20:10,8	19:01,0
1942	1975	21:05,9	20:17,1	21:16,4	22:00,4	23:11,4	23:18,4	23:15,9	24:01,1	22:11,8	20:16,3	19:06,8
*1943	1976	20:11,8	19:23,0	20:22,3	21:06,4	22:17,3	23:00,3	22:21,8	23:07,0	21:17,6	20:22,4	19:12,7

1944*	1977	20:17,7	20:01,9	21:04,2	21:12,2	22:23,0	23:06,0	23:03,5	23:12,7	22:10,1	21:23,4	20:44,3	19:11,2
1945	1978	20:23,6	20:10,8	21:10,1	21:18,2	23:05,0	23:11,9	23:09,4	23:18,6	22:16,0	22:05,3	20:18,5	19:01,0
1946	1979	21:05,4	20:16,6	21:15,9	21:23,9	23:10,8	23:17,8	23:15,3	24:00,5	22:21,9	22:11,1	20:16,0	19:18,2
* 1947	1980	20:11,2	19:22,4	20:21,7	21:05,8	22:16,7	22:23,7	22:21,1	23:06,3	22:03,7	21:16,9	20:21,8	19:12,9
1948*	1981	20:17,0	20:04,3	21:03,6	21:11,7	22:22,7	23:05,6	23:03,0	23:12,2	22:09,6	21:22,8	20:03,6	18:17,9
1949	1982	20:22,9	20:10,1	21:09,4	21:17,4	23:01,3	23:11,2	23:08,8	23:18,0	22:15,4	22:04,6	20:09,5	18:23,8
1950	1983	21:04,6	20:15,8	21:15,1	21:23,1	23:10,0	23:17,1	23:14,7	23:23,9	22:21,3	22:10,5	20:15,3	19:05,5
* 1951	1984	20:10,4	19:21,6	20:21,0	21:05,0	22:16,0	22:23,0	22:20,5	23:05,8	22:03,2	21:16,4	20:21,0	19:11,3
1952*	1985	20:16,2	20:03,4	21:02,7	21:10,7	22:21,6	23:04,6	23:02,1	23:11,4	22:08,8	21:22,1	20:03,0	18:17,1
1953	1986	20:22,0	20:09,2	21:08,5	21:16,5	23:03,4	23:10,4	23:08,0	23:17,2	22:14,7	22:04,0	20:08,8	18:23,0
1954	1987	21:03,9	20:15,0	21:14,2	21:22,2	23:09,1	23:16,2	23:13,7	23:23,0	22:20,5	22:09,8	20:14,7	19:04,8
* 1955	1988	20:09,6	20:06,7	20:19,9	21:03,9	22:14,8	22:21,9	22:19,5	23:04,7	22:02,2	21:15,5	20:20,4	19:10,6
1956*	1989	20:15,5	20:02,6	21:01,9	21:09,9	22:20,7	23:03,8	23:01,3	23:10,6	22:08,0	21:21,4	20:02,1	18:16,3
1957	1990	20:21,3	20:08,4	21:07,6	21:15,5	23:02,4	23:09,3	23:06,9	23:01,8	22:13,8	22:03,1	20:08,0	18:22,2
1958	1991	21:03,0	20:14,1	21:13,3	21:21,3	23:08,2	23:15,2	23:12,8	23:22,0	22:19,6	22:08,9	20:13,8	19:04,0
* 1959	1992	20:08,8	19:19,9	20:19,2	21:03,2	22:14,1	22:21,2	22:18,7	23:03,9	22:01,4	21:14,7	20:19,5	19:03,7
1960*	1993	20:14,7	20:01,8	21:01,0	21:09,0	22:19,8	23:02,8	23:00,4	23:09,6	22:07,1	21:20,4	20:01,4	18:13,3

Занятия ведет Ф. К. ВЕЛИЧКО

«КТО ЕСТЬ КТО»: ВАШ ЗОДИАКАЛЬНЫЙ ЗНАК

Чтобы определить свой знак Зодиака, нужно вычислить положение Солнца, на момент рождения, а для этого необходимо учесть не только его дату, но и год и час: ведь из-за несовершенства календаря границы знаков в разные годы могут смещаться на сутки.

Предлагаемая таблица прохождения Солнцем знаков Зодиака поможет вам не только надежно определить свой знак, но и точно — в градусах и минутах — вычислить положение Солнца в знаке Зодиака в момент вашего рождения, что необходимо для построения натальной карты (карты рождения) — основного документа для трактовки характера и для прогнозирования течения жизни. (См. с 30—31).

В таблице слева идут столбцы лет (их можно продолжить в обе стороны: слева снизу вверх пойдут 1927, 1926..., а справа сверху вниз 1994, 1995...). В следующих 12 столбцах указана дата и через двоеточие час вступления Солнца в данный знак Зодиака — по гринвичскому времени. Чтобы перейти от него к московскому, до июля 1930 нужно прибавлять 2 часа, с июля 1930 по март 1981 — 3 часа, а далее, для летнего времени, — 4 часа, для зимнего — 3 часа. Перевод времени подробно описан в «Твоем здоровье» 8/1990.

Для лет, отмеченных звездочкой справа, к табличному значению даты для января и февраля (два последних столбца) нужно прибавить 1 сутки, а для лет, отмеченных звездочкой слева, — 1 сутки к дате для марта — декабря (столбцы, кроме двух последних). Это связано с наличием високосных лет.

Скажем, вы родились 21 марта 1947 г. в 15 ч по московскому времени. Против 1947 находим в столбце марта 20:11,2; у года звездочка слева — прибавим 1 к 20: Солнце вошло в знак Овна 21 марта в 11,2 ч по Гринвичу, то есть в 14,2 ч по московскому времени, вы — Овен.

Расчет точного положения Солнца не сложен. В знак Овна оно вошло 21 марта в 11,2 ч, в знак Тельца 20 апреля в 22,4 ч, то есть за 29 дней и $22,4 + (24 - 11,2)$ ч (что составляет 30 дней и 11,2 ч или $30 \times 4 + 11,2 = 731,2$ ч). За это время Солнце прошло 30° или $30 \times 60 = 1800$ минут дуги. От вхождения Солнца в знак Овна до момента вашего рождения прошло $15 - (11,2 + 3)$ ч = 0,8 ч. Если за 731,2 ч Солнце прошло 1800 минут дуги, то за 0,8 ч оно пройдет $1800 \times 0,8 : 731,2 = 2$ минуты дуги. Значит, ваше Солнце находится в $0^\circ 02'$ Овна.

Точное значение, полученное из эфемеридных таблиц, составляет $0^\circ 01' 57''$. Ошибка, как видите, ничтожно малая.

К СВЕДЕНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ!

Просим не присылать нам ваши заявки на получение ежеквартального журнала «Домашний астролог», направляйте их непосредственно на адрес его издателя: 115547, Москва, М-547, «Домашний астролог». Также и денежных переводов (ваши 4 рубля за номер) мы не поресылаем, тем более что распространяется этот ежеквартальный журнал наложенным платежом и только по заявкам с указанным вами обратным адресом.

Мы можем лишь пожелать успеха. Несомненно, для освоения этой области знаний, получения индивидуальных рекомендаций нужен специально посвященный астрологии популярный журнал.

ПРОГНОЗ НА АПРЕЛЬ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости
1, 4, 5, 9, 13, 19, 26, 30

Дни благоприятные 3, 6, 7, 11, 12,
16, 17, 18, 22, 23, 25, 29

Дни повышенной конфликтности 2,
8, 10, 14, 15, 20, 21, 28

Влияние на вашу волевою сферу [активность]

Дни, благоприятные для деловой жизни 3, 4, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 19,
30

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 1, 5, 7,
13, 15, 18, 20, 25, 26, 27, 28

Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 2, 6, 8,
14, 21, 22, 23, 24, 29

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 5, 10, 17, 18, 22, 28

Дни меньшей продуктивности мышления 4, 8, 9, 14, 20, 23, 26, 27

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 7, 10, 11, 12, 17, 18,
19, 22, 23, 24, 25, 30

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 1, 4, 5, 13,
14, 15, 20, 27

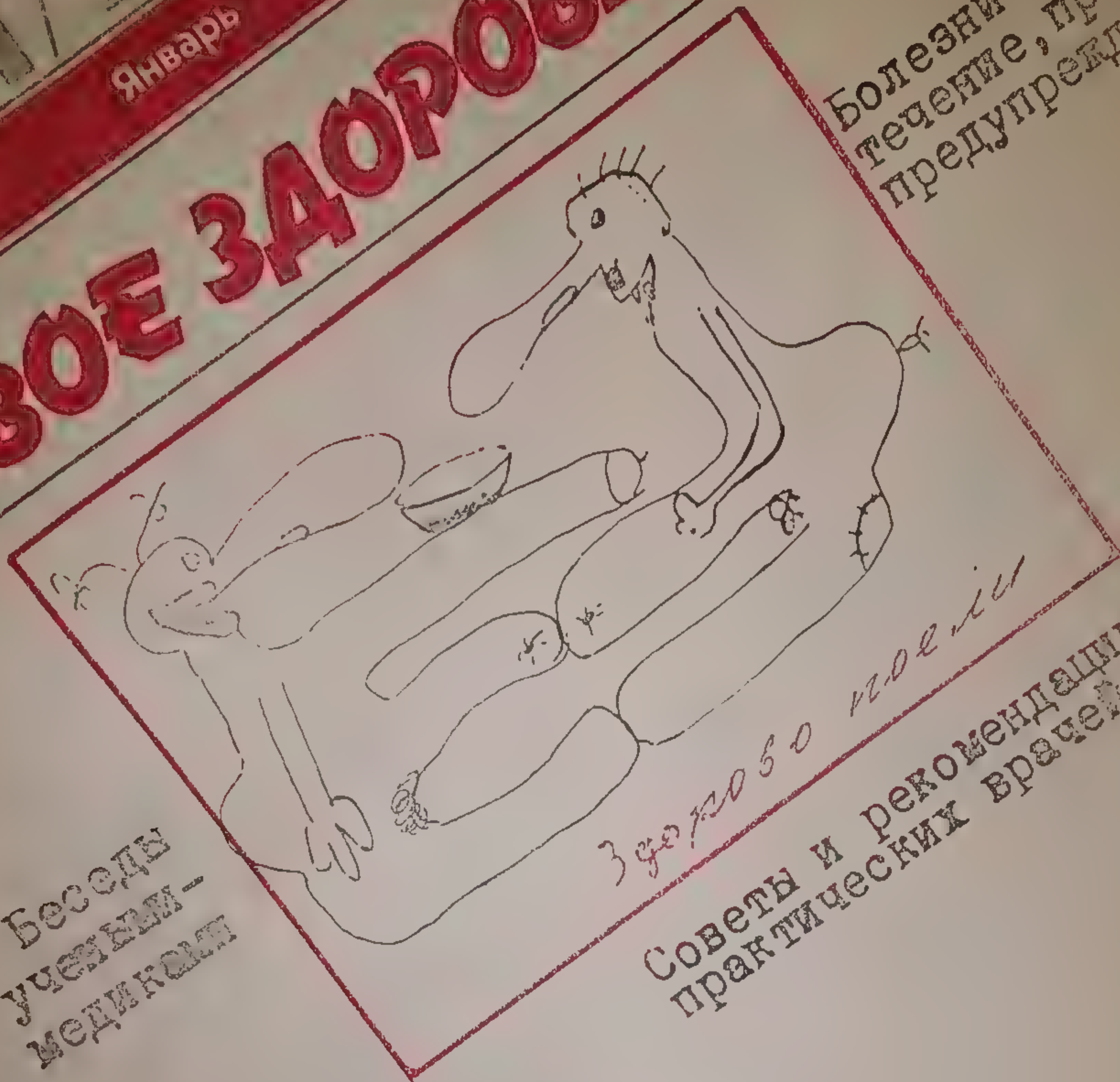
Дни повышенного травматизма 2, 3,
9, 16, 26, 28, 29

1991

январь

ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ

Болезни:
течение, прогноз,
предупреждение



Беседы
с учеными-
медиками

Здоровье мое!
Советы и рекомендации
практических врачей

ПОДПИСНОЕ ИЗДАНИЕ

Цена 50 коп.
Подписной индекс 7.063

ПРОГНОЗ НА ФЕВРАЛЬ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 4, 5, 6, 9, 13, 20, 21, 25, 28

Дни благоприятные 1, 2, 7, 10, 11, 12, 16, 17, 23, 26

Дни повышенной конфликтности 3, 8, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 27

Влияние на вашу волевою сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жизни 1, 2, 6, 15, 16, 21, 22, 26

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 5, 8, 9, 13, 14, 18, 24, 28

Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 4, 7, 17, 19, 23, 25, 27

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 2, 7, 9, 23

Дни меньшей продуктивности 4, 5, 6, 10, 12, 13, 18, 9, 21, 28

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 1, 2, 12, 13, 16, 17, 20, 23, 25

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 3, 4, 5, 18, 21, 24

Дни повышенного травматизма 8, 9, 14, 15, 27

В выпуске читайте:

ОТ БЕЗДУМНЯ ДО БЕЗУМИЯ
ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА
АУРА И МЕРИДИАНЫ

Издательство
"Знание"

088-19

ББК 51.1(2)2
Т 27

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

Была ли диетотерапия в прошлом? (3)
Г. ГРИГОРЯН. Чего бы такого цоесть... (6)

Стратегия профилактики

Е. ХЕРАСКИН, У. РИНСДОРФ. Питание и психическое благополучие. Что вызывает эмоциональное заболевание? Бездумная диета может довести до безумия. (Перевод Р. Д. РАМАЧАРАКА. Что такое Хатха-Йога. Забота йогов о физическом теле. (Перевод йога Раманататы) (15)

Возможности лечения

А. УМРИХИН. Почему гомеопатические лекарства эффективны. Травмы физические (20)

Домашнему астрологу

Ф. ВЕЛИЧКО. Астрологический практикум. Занятие VIII (26)

Отвечаем на Ваши письма

Е. ТРЕНАКОВ. Энергетические меридианы в экстрасенсорика (27)

Прогноз «Твое здоровье»

М. ЛЕВНИЦ, Т. МИТЯЕВА. Февраль (1). Март (19)

Редактор В. ГОРИШКОВ

Москва «ЗНАНИЕ»
«Твое здоровье», 1991 г.

ISBN 5-07-001813-2

Т 27 Твое здоровье (выпуск 1). — М.: Знание, 1991. — 32 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 1).
ISBN 5-07-001813-2

50 к.

Основу выпуска составляют научно популярный очерк о гомеопатии А. Н. Умрихина, статья врача экстрасенс Е. А. Тренакова, обзор психодететик в переводе Р. Д. Рамача, публикации йога Раманататы. Даны практические советы и рекомендации. В рубриках — выступления Гари Григоряна, обзор диетотерапии в народной медицине, астрологический практикум Ф. К. Величко, прогнозы М. Левница и Т. Митяевой.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4108040000

ББК 51.1(2)2

На первой стороне обложки и в тексте:
рисунок Павла Филипповского

Художественный редактор К. Вечерин
Технический редактор Н. Клецкая
Мл. редакторы Е. Гродко, Л. Щербакова
Корректор Е. Шарикова

ИБ № 11390

Сдано в набор 15.01.91. Подписано к печати 30.01.91. Формат бумаги 60x84/16. Бумага газетная. Гарнитура «Обыкновенная новизна». Печать высокая. Усл. печ. л. 4.00. Усл. кр. отт. 6.00. Уч.-изд. л. 4.67. Тираж 2652808 экз. Заказ 7001. Цена 50 коп.

Издательство «Знание», 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 916301.

2-3-й заводы по 500 000 экз. (500 001 — 1 500 000 экз.)

Типография ордена Трудового Красного Знамени издательского центра ВЛКСМ «Молодая гвардия». Адрес ИПО: 103030, Москва, Суцелеская, 21.

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

БЫЛА ЛИ ДИЕТОТЕРАПИЯ В ПРОШЛОМ?

Истоки современной диетотерапии находятся в далеком прошлом. Например, в Китае первые врач-диетологи существовали уже во времена династии Чжоу (ок. II в. до н. э.), они давали свои рекомендации для лечения и профилактики различных заболеваний.

Так, худым детям рекомендовали густой рисовый отвар, яичные желтки, фасоль, рыбу, т. е. продукты, богатые полноценными белками, а также овощи и фрукты, богатые витаминами и минеральными солями. При отеках рекомендовали есть кашу из черной фасоли, при кашле — из миндаля, при дизентерии — рыбную кашу. Пожилым людям предписывалось есть часто и понемногу.

В целом традиционная медицина утверждала, что в питании необходимо учитывать индивидуальные особенности человека. Организм нуждается во всех продуктах, однако их соотношение и количество должно меняться в зависимости от возраста, конституции, привычек, климата.

Тысячелетия назад наши предки считали, что физическое состояние организма человека меняется в соответствии с изменениями в физическом состоянии природы, т. е. с сезонными климатическими изменениями.

Так, в зимнее время отдавали предпочтение пище, «согревающей» организм. Это яйца, блюда, приготовленные из зерновых продуктов: пшеницы, ячменя, овса; острую пищу — лук, молодую редьку, перец; жирные сорта рыбы и мяса. Зимой обмен веществ активизируется, поэтому можно больше есть жирной и острой пищи.

Летом, наоборот, организм нуждается в охлаждении, и в рационе должны преобладать «охлаждающие» продукты: рис, картофель, морковь, капуста, редис, фрукты, ягоды, утиятина, телятина, рыба (нежирная) и т. д. Правда, по некоторым продуктам нет единого мнения, к какому типу пищи их следует отнести.

В качестве примера можно привести куриное мясо. Китайцы считали его «горячим» продуктом, буряты же — «холодным», так как, согласно традиционной медицине, все пищевые продукты делились на холодные (хань) и горячие (же), несущие организму пополнение (бу) или похудение (се).

В Китае сложился традиционный тип питания, учитывающий не только сезонные климатические изменения, но и географические; в первую очередь климатические особенности различных областей страны. Во влажных восточных областях предпочитают острую, наперченную пищу, помогающую организму избавиться от излишков влаги; на юге любят сладкое, на западе — кислое, на севере пищу присаливают.

Говоря о питании, нельзя забывать о следующем. Почитание определенных продуктов и блюд различными группами не является показателями их реальной питательной ценности. Обычно предпочтение отдается пище, которая быстро вызывает чувство насыщения. Приятие пищи — одна из форм социального самовыражения, отражающая стиль жизни, ресурсы, имеющиеся в их распоряжении.

Кулинарные традиции следует рассматривать как одну из черт культурной самобытности. Общая трапеза предполагает и общие ощущения. Поэтому у многих народов различные празднества сопро-

вождаются пиршествами. Были страны, где в былые времена питание превращалось в культ. Приемы пищи превратились даже не в насыщение, а в обжорство, которое считалось доблестью. Таков был Древний Рим. В то же время в Древней Спарте войны были приучены к пище скудной, ели только один раз в сутки, но были сильными и здоровыми.

Как правильно питаться? Величайший врач древности Гиппократ так отвечал на этот вопрос: «Ваша пища должна стать лекарством, а ваше лекарство должно быть пищей».

Вера в то, что целебные силы скрыты внутри самого организма, что лечит природа, а врач только помогает, лежала в основе принципов врачевания Авиценны, Парацельса и других знаменитых врачей прошлого. С середины XVIII века натуропатия как отдельное направление стала развиваться в Германии, в XX веке особенного же расцвета натуропатия достигла в самом начале в Швейцарии, Германии, Англии, Америке — стали разрабатываться научные принципы (Бихнер-Беннер и др.), а также практические рекомендации диететики, т. е. науки о рациональном питании (Тильден, Беллог и др.) и оздоровлении организма с помощью различных очистительных диет, в том числе и лечебного голодания (Г. Шелтон и др.).

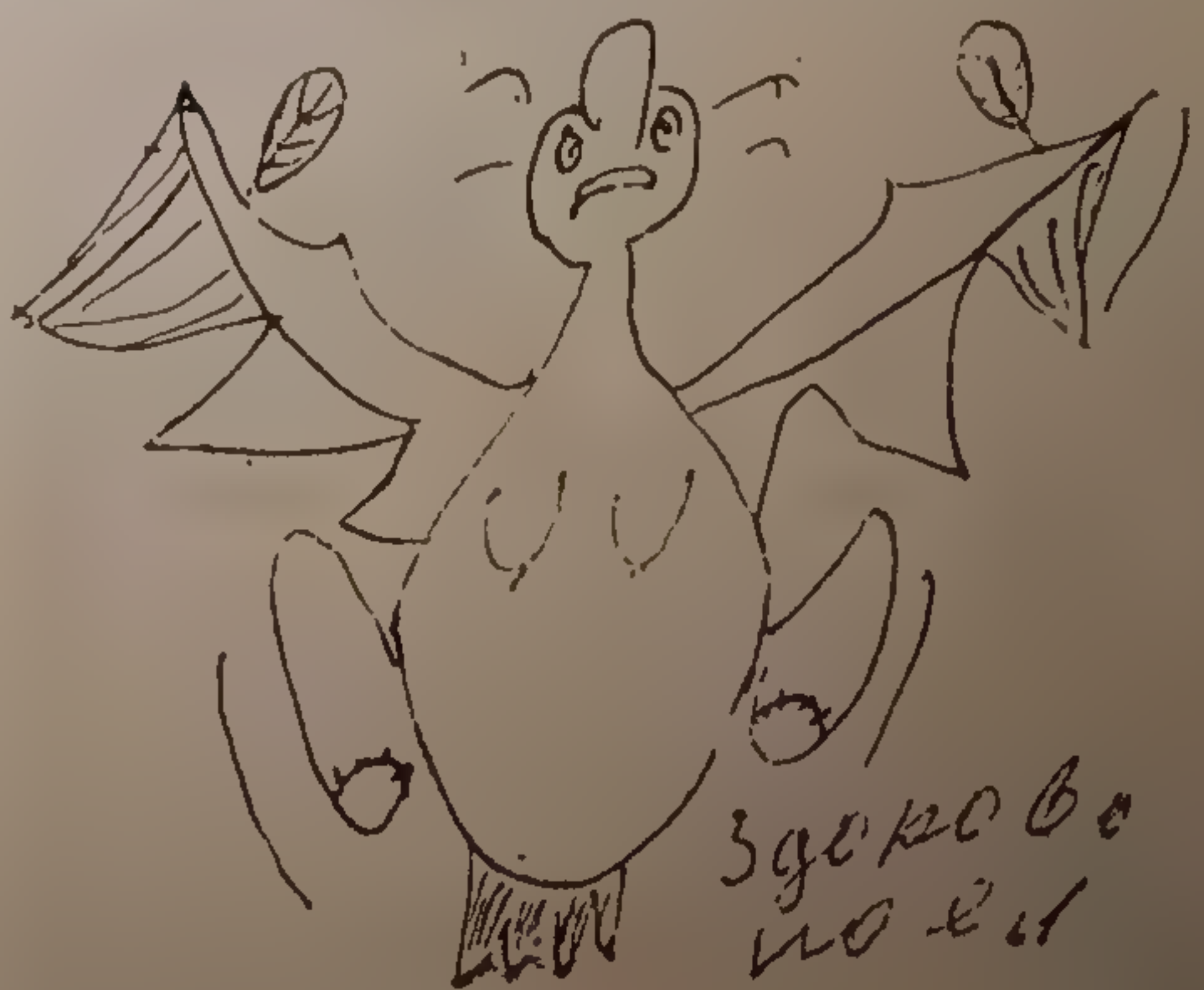
Какого же направления следует придерживаться сегодня? Что взять из практики диетологов прошлого.

На сегодняшний день самым главным правилом сохранения здоровья здоровым человеком должно стать разнообразное питание натуральными продуктами. Следует исключить из рациона только те продукты, которые общепризнаны вредными всеми специалистами по питанию независимо от того, к какому направлению они относятся.

Нельзя увлекаться экзотическими методами питания — абсолютным вегетарианством, длительным голоданием, монодиетой. Резкий переход на прием однообразной пищи, к которой не привык организм, отсутствие возможности постоянно ее соблюдать приводят к значительным нарушениям пищеварения.

При недостаточном и неадекватном потреблении пищи, так же как и весь остальной организм, начинает использовать свои резервы: мозг; человек становится неуверенным, легко расстраивается, с трудом принимает решения, становится нервным, плохо спит. При усугублении процесса эмоциональная неуравновешенность может перерасти в психоз и невроз.

В то же время ограниченное применение (по времени) очистительных (т. е. ограниченных в смысле разнообразия продуктов) диет, наоборот,



помогает лечению психических заболеваний. Это следует учитывать всем тем, кто бесконтрольно увлекается различными модными диетами в течение длительного времени. Ограниченные (в смысле набора продуктов) диеты должны использоваться в течение ограниченного времени, главным образом в состоянии нездоровья.

Любое одностороннее питание чревато, на наш взгляд, отрицательными последствиями. Возьмем для примера вегетарианцев-сыроедов, употребляющих только сырую, термически не обработанную пищу, так как они считают, что тепловая обработка разрушает естественные связи в пищевых продуктах растительного происхождения, в них исчезает та сила, которая закладывается в процессе их роста и усвоения солнечной энергии.

Безусловно, пища вегетарианцев богата витаминами и другими биологически активными веществами. С другой стороны, при одностороннем растительном питании отмечается неравномерность нагрузки на секреторный пищеварительный аппарат. При этом протеолитическая и липолитическая часть секреторной системы организма оказывается ненагруженной. Это вызывает снижение функциональной способности пищеварительных желез желудочно-кишечного тракта.

Кроме того, если летом и осенью сыроед относительно легко может обеспечить себя соответствующей пищей, то зимой, особенно в больших городах, возникают определенные трудности. Но позаимствовать у сыроедов можно многое, например, весенние салаты, приготовление которых очень подробно описано в книге Н. В. Тарасова и Т. И. Бохановской «Сырая пища и ее приготовление».

Важно знать не только, что нужно есть и сколько, нужно еще правильно сочетать продукты. Диетологи советуют отдельно употреблять легко- и трудно-усваиваемую пищу. Например, фрукты нужно есть отдельно от других продуктов, так как они надолго задерживаются в желудке. А виноград даже не следует смешивать с другими фруктами, так как это может вызвать брожение.

Сторонник раздельного питания известный натуропат Г. Шелтон рекомендует есть хлеб и кашу с маслом, овощи сочетать с жирной пищей, а мясо и рыбу есть без хлеба. Известно, что каждому из пищевых раздражителей соответствует специфический характер секреторного процесса. Так, например, на хлеб выделяется желудочный сок, наиболее богатый ферментами, но наименее кислый, на молоко — наиболее бедный ферментами, на мясо — наиболее богатый кислотой.

И. И. Павлов указывает на необходимость «художественной гармонии» между пищеварительными ферментами и продуктами питания. Так в соке поджелудочной железы концентрация и соответственно соотношение ферментов изменяются в соответствии с преобладающими в рационе пищевыми веществами. Вопрос о сочетании продуктов поднимался медиками еще в древние времена.

Так, Авиценна придерживался такого мнения, что «нужно воздерживаться от употребления жидкой и быстроусвояемой пищи после сильной и твердой пищи, так как жидкая пища переваривается раньше, еще находясь над твердой и, не находя путей для прохождения, загнивает, портится...»

Особенно важно правильно питаться во время болезни. В практике традиционной медицины больному назначались продукты, минимально необходимые для поддержания функционального состояния организма. С момента же выхода больного из тяжелого состояния обычно рекомендовалось расширять диету, увеличивая и количество принимаемых продуктов.

Современная медицина может лишь добавить научное объяснение этому принципу, выработанному традиционной медициной чисто эмпирическим путем. Дело в том, что печень, очищающая кровь от шлаков, которых много накапливается в организме больного, получит дополнительную нагрузку при обильном приеме пищи. Следовательно, печень будет менее эффективно выполнять свою очищающую функцию. Вот почему больному рекомендуются легкоусвояемые продукты, не выделяющие большого количества шлаков и метаболизм которых в организме не усиливает напряжение печени.

Известно, что все животные во время болезни голодают, они только пьют и отдыхают. Инстинктивно также ведут себя и маленькие дети.

Один из самых первых признаков болезни у ребенка — отказ от еды, желание пить и спать. А бедные родители, не доверяющие природному голосу своих малышей, стараются выкормить их самыми «полезными» и лакомыми блюдами. Сколько раз каждый из нас слышал дрожащий от ужаса голос матери или бабушки: «Мой бедный малыш ничего не ест!» Если бы у взрослых хватало мужества поверить инстинктам малышей, уложить их в теплую постель, сделав им предварительно небольшую клизму, ухаживать за ними, читать им, рассказывать сказки, при этом давая им пить витаминизированные напитки, и не кормить их насильно.

Как только ребенку станет лучше, он сам попросит есть. Видели ли вы когда-нибудь здорового, веселого, крепкого ребенка, у которого бы не было естественного хорошего аппетита? Отсутствие здорового аппетита — самый верный признак скрытого или явного заболевания ребенка. Необходимо ограничить во время острого состояния прием продуктов, содержащих высококонцентрированные белки (мясо, рыба), жиры и углеводы (каши, картофель); рекомендуется также снять молоко, молочные продукты и яйца.

Как, с ужасом, спросите вы, не есть ничего «укрепляющего» во время болезни? А где же взять силы для борьбы с болезнью? Силы есть! Оставьте ваш организм на несколько дней в покое, отдыхайте, применяйте различные шадящие режимы, питье соков, фруктовые и овощные дни, спите, делайте водные процедуры — и вы выздоровеете. Этим самым дайте организму подготовиться и сконцентрировать свои силы на борьбу с инфекцией.

В древности считалось, что все вещества, употребляемые человеком в пищу и с целью исцеления, делятся на несколько групп: чисто питательные вещества, абсолютные лекарства, лекарственные питательные вещества и питательные лекарства. Причем совершенно справедливо было отмечено, что в природе гораздо больше веществ лекарственных, чем просто питательных.

Что касается продуктов растительного происхождения и растений, то в большинстве своем они распределялись между двумя последними группами. Так, например, ромашка, салат, огурцы, морковь, свекла, репа, горох, фасоль входили в группу лекарственных питательных веществ, а лук, чеснок, мяту, большинство фруктов и семян относили к группе питательных лекарств.

Все традиционные медицинские системы (индийская, китайская, тибетская и др.) широко использовали пищевые растения для диетического питания, и, наоборот, лекарственные растения часто попадали на стол в виде кушаний. Так, например, алтей, лекарственное растение, известное своими отхаркивающими свойствами, разводят на Цейлоне как овощную культуру. В пищу идут

плоды и листья, плоды используют для утоления жажды. А такие известные зерновые и овощные культуры, как рис, пшеница, ячмень, овес, горох, чеснок, лук, редька, репа и так далее, широко использовались древними тибетскими медиками с лечебной целью.

Целая глава древних тибетских медицинских трактатов «Чжудши» и «Вайдурья-онбо» посвящена растениям, используемым в качестве пищевых продуктов. Считалось, что проваренная рисовая каша останавливает понос, приятна и способствует утолению жажды, а огородный лук увеличивает сон, возбуждает аппетит к пище и способствует врачеванию слизей и газов. Чеснок «тяжел, прохладителен» и способствует врачеванию болезней от паразитов.

Трудно не согласиться с этими сейчас практически всем известными свойствами рисовой каши, лука, чеснока. Но опыт использования растительного сырья древними медицинскими системами, в том числе и тибетской, далеко не ограничивается этими известными примерами. В настоящее время нельзя сказать, что он достаточно изучен, а то, что изучено, не всегда берется на вооружение.

Растения и препараты на их основе были излюбленными средствами лечения, в том числе и диетического, в медицине разных народов.

Так, например, традиционная медицина Грузии большое внимание уделяла растительной пище. В «Усуро карабадини» читаем: «Когда узнаешь историю больного, хорошо подумай, какое лекарство нужно, какое вет и какая пища нужна». В повседневный рацион в Грузии входили многочисленные дикорастущие и культивируемые растения: щавель, крапива, птицемлечник, черемша, сасспариль, дикий чеснок, марь, гусиный лук, журида купена, портулак, спаржа, люпин, мокрица, амарант, клекачка, резак, хмель, лебеда, яснотка, петрушка, эстрагон и др.

Вряд ли может житель средней полосы, особенно в наши дни, похвастаться таким ассортиментом диких трав на своем столе. В лучшем случае весной некоторые разнообразят свой стол щами из крапивы или щавеля и салатом из листьев одуванчика. В то же время известно, что в былые времена наши предки очень широко использовали растения в пищу, в том числе и дикорастущие.

Так, например, в Сибири в допетровские времена молодые, еще мягкие еловые шишки («еловики» по-северному) служили лакомством для людей. Шишки варили с патокой и употребляли «для здоровья». Настоя еловых и сосновых почек принимали внутрь как мочегонное, при болезнях дыхательных путей.

Да и всем известное сейчас лекарственное растение хвощ полевой употребляли в пищу. Бытовала поговорка: «Хвощ — крестьянский овощ». Шишковидные разрастания на корнях хвоща, похожие на орешки, в старину употребляли вместо репы и картофеля. С этими орешками, богатыми крахмалом, жарили яичницу, использовали и в сыром виде как зелень. Хвощ был известен как «зеленое угольное» при цинге. С добавлением тертого моха его употребляли от поносов.

Широкому использованию в народе дикорастущих трав с целебными и пищевыми целями способствовал тот факт, что привозные «земли» были недоступны из-за дороговизны. Так, например, в XVII веке в воинские гарнизоны из погребов Московского Аптекарского приказа в качестве противочумного средства рассылались водочные настоики на «лемонах». Но цена одного лимона на рубеже XVI—XVII веков была равна цене лошади.

Опыт использования древними культивируемых и дикорастущих растений с питательными и лечебными целями тем более интересен, что в последнее время взгляды ученых на питание в значительной мере изменились. Комплексными исследованиями диетологов, биохимиков, физиологов и практических медицинских работников установлено, что организму для нормальной жизнедеятельности необходимы нерафинированные продукты. Наряду с питательными организму остро необходимы так называемые «балластные» вещества, от которых раньше старались избавиться и которыми так богата растительная пища.

Слабо перевариваемые растительные волокна способствуют пищеварению, предупреждают атеросклероз, желчнокаменную болезнь и т. д. В зависимости от особенностей воздействия различных овощей и фруктов на организм применение их рекомендовалось при той или иной патологии. Так, при необходимости усиленного выведения шлаков из организма применялись арбузы, дыни, груши, салат, укроп, земляника, клюква, крыжовник.

В Сибири из ягод рябины обыкновенной и патоки (смесь в равных частях) изготовляли приятную на вкус кашу, которая в народе славилась как надежное средство против камней почек и желчного пузыря. Доза составляла 2—3 ложки «утре и вечере на дще сердце» (патошак). В настоящее время подтверждены мочегонные и желчегонные свойства сока рябины обыкновенной. Немалую роль в обеспечении целебного эффекта рябины обыкновенной играет высокое содержание каротина (до 20 мг%), что весьма полезно при всех видах мочекаменной болезни.

В тибетских медицинских трактатах «Дун-бе» и «Вайдурья онбо» приводится более 20 пищевых растений, обладающих мочегонными свойствами.

В качестве мочегонного средства используется несколько видов тыкв: тыква-гордянка, кабачки, патиссоны. Значительное содержание солей калия в этих овощах делает их полезными при заболеваниях, сопровождающихся отеками. Кроме того, они содержат, особенно тыква, высокий процент каротина, необходимого для лечения и профилактики мочекаменной болезни. При заболеваниях почек и печени принимают кашу или свежий сок из мякоти плодов тыквы до 1 стакана в день.

Достаточно высокий процент солей калия содержат плоды абрикоса обыкновенного, трава и корни одуванчика лекарственного, плоды винограда культурного, спаржа лекарственная, плоды сливы. Все перечисленные растительные объекты обладают мочегонным эффектом. Сок плодов абрикоса и персика использовали для лечения желчнокаменной и почечнокаменной болезни и в народной медицине в Закавказье, а в народной медицине Китая семена плодов абрикоса использовали при нефрите.

Порошок из высушенных корней одуванчика использовали в качестве мочегонного и потогонного средства для выведения из организма токсических веществ, а отвары сухой травы и корня — для удаления камней из желче- и мочевыводящих путей. Применение винограда при хронических нефритах, уретритах, почечнокаменной болезни обусловлено его мягким очищающим действием (мочегонным, потогонным, слабительным). Виноград оказывает положительное влияние на обмен веществ. При употреблении винограда (изюма) следует ограничивать другие продукты, а также молоко, минеральные воды, усиливающие процессы брожения.

«Медицина Плиния» (Плиний Старший — представитель энциклопедического направления научной литературы I века нашей эры) предла-

использовать для выведения камней из мочевого пузыря вино из сушеного винограда с семенами или корнями подорожника. Там же рекомендуется использовать при болезнях почек вино с растертым корнем спаржи.

Но вернемся к тибетским медицинским трактатам. Блюда из спаржи использовались при болезнях почек, печени, подагре, воспалении мочевого пузыря, ревматизме. Как сейчас установлено, фармакологическое действие экстракта спаржи близко к действию аспарагина. Эти свойства спаржи особенно полезны, когда заболевание почек сопровождается симптомом артериальной гипертензии.

Для выведения жидкости из организма на Тибете использовали: шин-нар (солодку — «корень желтый, сладкий»), плоды шелковицы белой и черной (обладает еще и антисептическими свойствами); чай из плодов айвы китайской; плоды алтея лекарственного. Настойку чеснока применяли при камнях в почках и мочевом пузыре, при ревматизме и подагре. Чеснок использовали при гипертоническом симптоме для усиления мочеотделения.

В качестве сильного мочегонного средства использовали при мочекаменной болезни отвар семян или всего растения гороха. Коноплю использовали при раздражении и воспалении мочевого пузыря и почек. Эмульсию из измельченных семян с молоком или водой использовали при болезненном мочеиспускании как болеутоляющее средство.

В качестве противовоспалительного и мягчительного напитка при болезнях почек и мочевыводящих путей использовали водный настой ячменного солода (2—3 ложки ячменного солода на 1 литр кипятка, настаивают 15—20 минут, пьют по 0,5 стакана 5—6 раз в день).

Таким образом, диетология прошлого заложила основы современной диетотерапии; питание должно быть дробным, содержать овощи, фрукты. Не должно быть однообразия в питании и в то же время нельзя рекомендовать одномоментный прием продуктов, содержащих мясо животных, птицы, рыбы и молочные белки. Питание должно быть сбалансированным по содержанию белков, жиров, углеводов и продуктов, их содержащих, с учетом времени года, возраста больного и тяжести его заболевания.

В последние годы отмечается увлечение натуропатией, схемой питания Хилтена, Дверей, Караваева. Даются противоположные рекомендации. Одни утверждают, что пища должна быть кислой, другие — щелочной. И в каждом случае авторы пытаются это доказать, используя современные знания в области онтогенеза, филогенеза, описывая сказочные результаты лечения. Но научная медицина еще не сказала своего последнего слова в этом вопросе.

Можно сказать лишь, что все эти диеты объединяет строгий режим питания, правильная сбалансированность продуктов, адекватная возможностям организма. Соблюдение этих правил является залогом успеха.

Наш комментарий ведет постоянный читатель
«Твое здоровье»,
публицист
ГАРРИ ГРИГОРИИ

ЧЕГО БЫ ТАКОГО ПОЕСТЬ...

«А что, Пульхерия Ивановна, может быть, пора закусить чего-нибудь... Чего бы такого поесть мне, Пульхерия Ивановна?»

В трогательной обители старосветских помещиков с чисто вымазанными глиняными полами и «поющими дверями», в хозяйстве, простодушно ориентированном на то, что производила в избытке благословенная земля, в котором даже самые страшные хищения «казались вовсе незаметными», подобные вопросы, которые с известной регулярностью задавал в течение дня, а случалось, и ночью Афанасий Иванович, звучали благодушно, с оттенком задумчивости, происходящей из-за внутреннего диалога с желудком, но уж никак не раздраженно. К вопросам питания старички относились со всей серьезностью — поди пойми, чего душа твоя желает, легко ли сделать выбор.

Но это были проблемы, несомненно, личные, частные, супруги, как сказал бы социолог, ни в чем не выходили за рамки частной жизни, находя в ней полное удовлетворение.

Эти же когда-то невинные вопросы звучат в наше время жестко, политизированно. Сгорающее наше по известным причинам отнюдь не безразлично к тому, кто что ест, где достает и по чем платит. Дети коммунальных кухонь, на чьих глазах кипели и источали ароматы чужие кастрюльки, мы и не способны, может быть, проявлять в подобных сферах целомудренную сдержанность, в нас заметно ослаблен комплекс стыда заглядывания в чужие кастрюли. Так не привыкли обременять себя одеждой аборигены тропического пояса не испытывают столь знакомой нам целовкости при виде обнаженных тел.

Десятилетие за десятилетием полосы центральных газет были заполнены сводками «битвы за урожай», борьбы за повышение производства мяса, молока и яиц на душу населения, периодически возникали и манили далекими ориентирами производственные программы. На полях этих сражений рождались передовики и герои, которые в очередной раз «подтверждали» нам преимущества колхозного строя, и пассивный читатель невольно поддавался оптимизму — можно же, могут же, если захотят, вот если бы все подтянулись до такого уровня...

Была общая, коммунальная надежда, ради которой с легкостью «списали» миллионы жертв коллективизации, да мало ли еще кого... Были всенародное наступление на целинные и залежные, и погоня за коровой из штата Айова, общие заботы и общие туманные перспективы — а теперь что? Спасайся каждый, как может? И пусть гастрономы пусты, как театры после представлений, а если что выбросят, возникают у контейнеров безобразные свалки, где каждый за себя, — люди еще по привычке жмутся друг к другу, они еще не осознали до конца несостоятельность тех коммунальных притязаний.

Надо сначала накормить народ, а потом уже разбираться, кто прав и кто виноват, провозгла-

мает с поголовным партия, зарезервировавшая за собой скромную роль политического авангарда.

Как можно «сначала накормить», если надо сначала где-то взять? Кто нам поможет? Запад? Но покажется ли это для него слишком дорогой платой за то, что наша страна перешла наконец к разумной внешней политике? Почему наш народ не может прокормиться сам, кто лишил его этого нормального человеческого права?

Наступает время, когда все труднее делать вид, что ответы на эти вопросы неизвестны. И все-таки кое-кого одолевает постальгия — вот при Брежневе была хотя бы водка и случалось купить закуску, а уж при Сталине вообще все было, в особенности до войны, какое изобилие было до войны...

Помню в начале пятидесятых в столпных магазинах была икра, красная рыба, висели связками деликатесные сорта колбас. Но для кого? Для беспаспортных, насильственно привязанных к земле крестьян, которым платили символическими трудовыми? Может, для рабочих, которые расхватывали самые дешевые продукты, а на все эти чудеса даже не смотрели, понимая, что не про них они? Наша семья жила лучше многих, но что-то я не припомню у нас на столе колбасы «выше» любительской. Зато помню с самого детства ломающую боль в пояснице от стояния в очередях за государственными маслом и яйцами.

Итак, сначала накормить народ. Задача куда уж благородная, особенно если закрыть глаза на то, что сначала, в первую самую очередь, во все годы народных бедствий и лишений «опи» — кормили себя, как наиболее ценную и передовую часть этого народа. Их-то кастрюли кипели не в коммуналках, а в охраняемых мордастыми особистами просторных квартирах, в особняках за высокими заборами, и заглянуть в них простой смертный никак не мог. При одной только мысли об этих высоких сферах с робостью вспоминал он именно о своей смертности, о том, что жизнь его в смерти не в его руках. И только сейчас гласность приоткрывает крышки кастрюлек.

Откуда брались ресурсы для усиленного питания номенклатуры, как и на обеспечение их всех (включая отпрысков и родственников) квартирами в домах высшей категории, спецдачами, спецздравницами, спецлечением, загранпоездками и пр., и т. п., чего не перечислить? Очевидно, что партвзносам дело не обходится, рука власти черпает бесконтрольно и безнаказанно из народного кармана, точнее, из так называемого фонда общественного потребления.

Вдалбливалось в нас, что значительная часть заработанного, минуя зарплату, идет на общие нужды. Здравоохранение, обучение, дотации на жилье — для этой цели в цивилизованных странах существуют налоги, но у нас они как бы не в счет, средства в фонд общественного потребления изымаются заблаговременно, так, что мы даже не знаем, сколько у кого взяли. Делается это, как нами усвоено с детства, в целях социальной справедливости. Теперь же она налицо: пока идут дебаты, номенклатура поспешно объявила существенную часть народного достояния партийным имуществом, продолжая сокрушаться, что никак не удастся «сначала накормить народ».

С самых первых лет советской власти партаппарат, бюрократическая элита, понял, что контроль над продовольственными ресурсами — это и есть власть в самом чистом и всеобъемлющем смысле, который только можно вообразить. Насильственная коллективизация позволила полностью решить задачу отчуждения продовольствия от производителей. Как и прочие граждане, кре-

стьянин стал заложником государства, которое обрело неограниченную власть над жизнью и смертью людей. Только оно, государство, решало, кого накормить как следует, а кого держать впроголодь или даже голодом уморить. У людей было отобрано естественное право кормить себя самим, мы, по сути дела, стали рабами.

Сплошная коллективизация позволила завершить превращение страны в тюрьму, в которой верховодила горстка вождей. Преимущества такого социализма в полной мере оценили фашисты, которые не спешили распускать на оккупированных территориях колхозы. Но после окончания войны кормить народ хотя бы впроголодь все-таки пришлось: страна стала проедать природные ресурсы, в первую очередь нефть и лес.

И до сих пор зерно, овощи и другие продукты сельского хозяйства ежегодно изымаются у производителей и перевозятся с неслыханными потерями по пути в государственные хранилища, где, собственно, все это и гноят. В последние годы сетуют на великие потери. Однако менять сложившуюся систему не торопятся, поскольку это означало бы поступиться контролем над продовольствием, отказаться добровольно от власти.

И вот теперь, если верить декларациям, мы на пороге перемен. Хотя запугивают рынком. И первое, что всех пугает, это обещанный рост цен на основные продукты питания. Планируется, правда, социальная защита, компенсация, но мало кто верит, что именно в его случае, в применении к его семье, она окажется полной.

Не вызывает общего восторга и перспектива приватизации, поскольку люди понимают, что их и на этот раз обманут: львиная доля того, что было многие годы в общий котел, достанется тайным дельцам теневой экономики или, от чего ничуть не легче, родной номенклатуре. У последней особенно большие преимущества — реальная власть сегодня и доступ к информации. Кому же, как не им, идти в будущее хозяева.

Так что же все-таки значит накормить? Социально приемлемые нормы питания очень сильно зависят от этапа развития, переживаемого обществом, национальных традиций, климатических условий и, наконец, от индивидуальных особенностей людей — возраста, состояния здоровья, образа жизни, привычек, религиозных убеждений.

В трудные времена, каких было у нас немало, питание считалось достаточным, если оно минимально поддерживало силы организма, снимая угрозу непосредственной гибели от истощения. Поэтому наибольшую ценность представляли высококалорийные продукты — жиры, углеводы (хлеб), необходимые для восполнения энергетических затрат. Если десятки миллионов в первое тридцатилетие советской власти стали прямыми жертвами голода, то даже в относительно «сытых» пятидесятых рацион основной массы народа оставался крайне далеким от диетологически обоснованных норм.

Психологические факторы, свежая еще память о пережитых голодных годах подталкивали к перееданию, тем более что углеводистые продукты (сахар, хлеб, мучные изделия) стали наконец общедоступными. Одновременно ощущалась острая нехватка высокобелковой пищи (мяса, яиц) и фруктов, последние на большей части территории страны не вносили сколько-нибудь существенного вклада в рацион, оставаясь не более как лакомством. В этих условиях стало обычным «крахмальное» ожирение, предвещающее к диабету, сердечно-сосудистым и другим заболеваниям.

Несмотря на многочисленные обещания коммунистических лидеров, белковый дефицит не ликвидирован и по сей день, в последние годы положение даже ухудшилось, а проблема нехватки фруктов, свежих овощей, высококачественных, обогащенных ненасыщенными жирными кислотами растительных масел и многого другого стала хронической.

Накормить народ означает в представлении номенклатуры слегка подкормить, т. е. вернуться к уровню потребления семидесятых, когда закупалось значительное количество импортных продуктов. Это и сливочное масло (спрос на которое в развитых странах падал из-за ориентации на низкохолестериновую диету), и скороспелые, а потому непопулярные, выращенные с использованием анаболических стероидов птица и мясо. Нас все также обещают накормить тем, что другим негоже, впрочем в количествах, явно недостаточных для ликвидации белкового дефицита. Обратившись наконец к мировому опыту, мы увидели, что только свободный производитель в рамках рыночной экономики может накормить себя и своих сограждан разнообразно и полноценно.

Можно ли надеяться, что у нас появится перспектива здорового питания? К сожалению, оснований для чрезмерного оптимизма нет: будут с неизбежностью использоваться интенсивные технологии и производиться продукты, не свободные от ядохимикатов, нитратов, анаболических стероидов и т. п. Добиться сколь-нибудь эффективного контроля будет чрезвычайно сложно. Лишь в перспективе перепроизводства и перенасыщения рынка станет реальным ориентиром питание не только сбалансированное, что для многих стран уже давно пройденный этап, но и экологически чистое. Ясно, что такое питание будет достаточно дорогим.

Противоестественное, централизованное распределение было призвано превратить нас в людей, толпящихся у кормушки, когда товары выбрасываются, как своре голодных собак, и начинается такое, что хочется поскорее забыть. Важно сохранить хоть толщину собственного достоинства — основу нравственных начал, стоит ли завидовать тем, кто строил свою жизнь в расчете на номенклатурные спецблага, стыдливо ли, с законной ли гордостью пользовался пищевыми привилегиями. Да и какого ждать от них покаяния?

Нас неизбежно ждут трудности переходного периода, но при последовательной ориентации на рынок их можно в обозримом будущем преодолеть. Нет, рая не будет, но прекратится наконец унижительное толкание в очередях, поутихнут коммунальная злоба и зависть. Каждый получит возможность самостоятельно распорядиться собой и выберет то, что нужно именно ему. И сам собой пропадет интерес к чужим кастрюлям.



**Эх, наша Неправильная жизнь!
Сверху — вниз продолжается
битье своих: чтоб чужие
боялись. Стоит ли удивляться,
если с детства вдальблизали
эдакое некрасовское
«вынесет все...». И действи-
тельно выносит!**



Изучение психосоматических недугов показывает, что отрицательные эмоции способны нарушить эндокринный баланс в организме, состояние кровообращения (давление и т. п.), провоцировать эмоциональный стресс, ведущий к расстройству обмена веществ, а тем самым и болезням. С другой стороны, нарушения обмена веществ, связанные с неправильным, неполноценным питанием, во многих случаях становятся истинной причиной возникновения психической неуравновешенности.

В № 10/90 «Твое здоровье» мы касались вопросов психодиететики, обещая читателям рассказать о работе известных зарубежных психиатров **Е. ХЕРАСКИНА** и **У. РИНГСДОРФА**, авторов книги «Психодиететика: питание как ключ к эмо-

ПИТАНИЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

Как и всякую новую идею, психодиететику не минули три этапа на пути реализации: время насмешек, затем дискуссий, наконец, общего признания. Эта революционная идея заключается в том, что причины эмоциональных затруднений и нарушений в действительности коренятся в неправильном питании. Цель работы состояла в том, чтобы показать, как питательные ингредиенты пищи могут стать ключом к эмоциональному здоровью.

Давно известно, что резкий дефицит питательных веществ вызывает серьезные психические заболевания. В последние годы получены данные о том, что сумеречные (пограничные) зоны эмоциональных расстройств также вызываются или ухудшаются неправильным функционированием системы питания.

Совсем недавно исследователи выяснили, что некоторые люди генетически предрасположены к потребностям в добавочных специальных питательных веществах. И во многих случаях одного изменения диеты на оптимальную достаточно для излечения больного. В других случаях сочетание различных форм терапии с оптимальной диетой приводило к выздоровлению. Вот почему диететика должна использоваться как дополнительное средство при терапии психических заболеваний.

По-видимому, самая большая опасность идеи психодиететики в том, что публика, жаждущая облегчения недугов, сделает ложное заключение, что одна лишь диета может излечить все их болезни. Это не так!

Хотя бесчисленные состояния, обычно квалифицируемые как «психиатрические», в действительности являются нарушением обмена веществ (метаболизма) в конечном результате из-за бедной питательными веществами диеты, терапевты, ориентированные на психоанализ, не должны бояться, что предлагается просто заменить психоанализ на витамины. Во всяком случае стандартная психологическая терапия тогда и ценна, когда пациент уже больше не является жертвой метаболического слома и может свободно выбирать разумную помощь.

Психодиететика показывает, что во многих случаях изменение диеты принесло значительное облегчение и выздоровление пациентам, страдаю-

щим от психического здоровья. Эта книга, по мнению рецензентов Бюллетеня Национальной Федерации здравоохранения США, впервые заполняет пропасть в такой важной области, как взаимоотношение диететики с психическим и эмоциональным здоровьем.

Как показывает их многолетняя клиническая практика, сочетание различных форм терапии с оптимальной диетой, насыщенной натуральными витаминами, минеральными солями и микроэлементами питания, приводило к выздоровлению хронических больных, диететика может использоваться как дополнительное средство в лечении и профилактике психических заболеваний, пограничных состояний. Предлагаем обзор этой работы в переводе **Р. Д. РАВИЧ**.

щим от шизофрении, алкоголизма, наркомании, психозов, депрессии и других серьезных болезней. Безусловно, что этот факт принесет новую надежду людям с отягощенной психикой.

История болезней людей с менее серьезными заболеваниями — нервными, людей напряженных, взвинченных, сверхвозбудимых, слишком толстых или слишком худых, либо слишком усталых, которым помогло изменение в диете, вдохновит многих провести аналогичные коррекции в своем рационе.

Клетки мозга, как и все живые клетки, обычно недостаточно питаются. Психодиететика приводит научные доказательства, объясняющие, почему «работает» теория питания, а также предлагает постепенные переходные программы для тех, кто захочет с помощью питания нормализовать свое здоровье. Некоторые приведенные здесь вопросники помогут определить подверженность эмоциональному срыву, другие вопросники покажут, как изменение диеты будет способствовать улучшению состояния здоровья.

Тем, кто находится в состоянии «тихого отчаяния» (слишком усталые, утратившие интерес к работе, сексу, спорту, семейному очагу, страдающие от первозности близких), психодиететика поможет найти новые решения старых проблем.

Вот уже 25 лет **Е. Хераскин** и **У. Рингсдорф** обучают врачей диететике и всегда встречают вежливое равнодушие. И это естественно, так как паука о питании не включена в программу обучения врачей. «Средний врач в Гарвардском университете знает о питании чуть больше, чем его секретарша, но если секретарша беспокоится о своем весе, то тогда она знает о питании чуть больше, чем сам врач». Поэтому **Е. Хераскин** и **У. Рингсдорф** апеллируют к широкой публике, ибо если удастся убедить многих людей питать клетки мозга здоровыми питательными веществами, минеральными солями, витаминами, важными жирными кислотами, аминокислотами и так далее, которые помогут им держать себя в рабочей форме, то это сделает куда больше для победы всех известных заболеваний, чем если бы они открыли еще одно чудо-лекарство.

В книге «Диета и война» Родейл указывает, что чрезмерное употребление рафинированного сахара, рафинированных продуктов из пшеницы и ржи и мяса, очевидно, всегда коррелирует

с агрессивной политикой. Но отрицая многих социальных и моральных изменений, способствующих росту преступности, можно утверждать, что разрушительные привычки в питании играют в этом существенную роль.

Исследования показали связь между ошибочным питанием и почти всеми эмоциональными травмами, включая депрессию со склонностью к самоубийству, автомобильные катастрофы, ошибки пилотов, детскую преступность, психическую заторможенность, сексуальные нарушения, старческую дряхлость и множество других, более обычных жалоб.

В своей работе об осложнениях в семейной жизни врач Цецилия Розенфельд подчеркивает, что до сих пор не учитывался важный фактор, влияющий на эмоциональную стабильность: дефицит питательных веществ. На практике можно убедиться, что в поразительном числе случаев разведенные супруги страдали от нарушения баланса сахара в крови, приводившего к раздражительности, вспышкам гнева, патологической чувствительности к обидам и чрезмерной усталости. В большинстве таких случаев органических заболеваний не было, и корректирующие диетические рекомендации устранили эти неприятные симптомы и часто приводили... к примирению.

Д-р Никола в своей книге «Пожалуйста, помогите, доктор!» говорит: «Несчастливые супруги гораздо чаще страдают от дефицита питательных веществ, чем от психологической и социальной несовместимости, как это было принято считать раньше». Д-р Экклестон из Центра метаболизма мозга Эдинбургского университета пишет: «За 20 лет, прошедших после того, как была выдвинута идея, что настроения могут определяться биохимическими дефектами в мозгу, получено много доказательств в пользу того, что биохимические поражения являются причиной некоторых психиатрических нарушений».

Как пишут Е. Хераскин и У. Рингсдорф, «главная вдохновляющая новость вот в чем: вам вовсе нет необходимости страдать от таких серьезных эмоциональных сдвигов, прежде чем вы сможете получить облегчение от психодететического подхода. Тысячи людей, считающих себя здоровыми, при медицинском исследовании, как

КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ДИЕТОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Переменные в диететике Нарушения в поведении

Неполноценное питание	Депрессивный психоз
Увеличенное окисление	Шизофрения
никотинамида	
Низкое усвоение витамина В ₁₂	Путаница в мыслях, паранойя, раздвоение личности
Патология метаболизма натрия и калия	Эмоциональные нарушения
Непормальное распределение натрия	Меланхолия
Патологический метаболизм сахара	Шизофрения, депрессивный психоз, психическая депрессия, алкоголизм, маниакальный психоз, беспокойство, раздражительность, усталость, путаница в мыслях, неконтролируемые эмоциональные взрывы
Патологический метаболизм аскорбиновой кислоты	Шизофрения
Патологический метаболизм В ₆	Депрессия

выяснилось, страдали ранними симптомами надвигающихся эмоциональных срывов. Как будущие жертвы психических заболеваний, о которых они пока не подозревают, люди должны немедленно предпринять шаги для улучшения своей диеты». Обратимся к тесту на с. 32.

Любой ответ «ДА» может служить предупреждением. При двух или более «ДА» эмоциональный срыв более вероятен. Если в вопросах 10, 11, 12 ответ: «Да, каждые несколько дней» и «Да, весьма беспокоит», следует обратиться к врачу. Важно помнить, что ранний диагноз может предотвратить или купировать многие эмоциональные заболевания.

Оптимальная диета, которая будет приведена здесь в конце, поможет резко улучшить состояние здоровья. Вы сможете потерять вес при ожирении или, наоборот, наберете его при истощении, так как изменение массы тела связано с тем, что патология имеет метаболический характер.

Главный вывод — изменив диету, человек может сам сделать что-то с «этим» (своим недомоганием), независимо от того, что такое «это».

ЧТО ВЫЗЫВАЕТ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ?

Действительно, то, что «съедает» вас, или то, что вы съедаете?

Приводится история болезни домохозяйки 36 лет: нервозность, ощущение, что она сходит с ума, сильное психическое напряжение за неделю до менструаций, головные боли, ночные кошмары, неспособность сконцентрировать свое внимание, чрезмерная усталость — находится на грани нервного срыва. Диагноз: ее эмоциональное состояние разрушается вследствие сочетания метаболических нарушений, вызванных нехваткой многих питательных веществ.

Терапевт послал бы ее к психиатру, так как у нее нет органических заболеваний. Психиатр занялся бы психоанализом, а специалист по групповой терапии стал бы выяснять ее взаимоотношения с мужем, друзьями, или священник посоветовал бы «духовное убежище», популярный женский журнал определил бы «синдром усталой домохозяйки» и так далее — все это решило бы только часть ее проблем.

Наша программа: оптимальная диета (см. ниже) и набор витаминов в мегадозах: ниацин (В₃) + пиридоксин (В₆) + аскорбиновая кислота (С) + В₁₂ + альфа-токоферол (Е) — способствовали тому, что через 60 дней это была веселая и уравновешенная женщина.

Д-р Шют говорит по этому поводу: «Даже одно чудесное излечение показывает силу новой терапии. Не следует пытаться доказать ее эффективность снова и снова, чтобы добиться признания». Истории болезней, в которых оптимальная диета в сочетании с мегадозами витаминов принесла облегчение психическим больным, являются важным доказательством той роли, которую диета играет в сохранении психического здоровья.

Теория микробов как источника заражения очень хорошо устранила «это» («Я») человека. Большинство предпочитает считать, что болезнь, от которой мы страдаем, — результат внешних условий (микробы и т. п.), так же как мы предпочитаем винить невезение за наши неудачи. И поэтому мы постоянно говорим, что «поймали» грипп, «подхватили» простуду, «заразились» пневмонией, как будто мы сами никоим образом не виноваты в тех болезнях, которые «свалились» на нас.

ВОПРОСНИК ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАТРУДНЕНИЙ

Отметьте ДА или НЕТ для каждого вопроса

1. Появляются ли у вас мысли, которые вы не можете выбросить из головы?
2. Чувствовали ли вы когда-нибудь, что вы на грани первого срыва?
3. Беспокоит ли вас перевозность и напряжение?
4. Случалось ли с вами когда-нибудь, что вы не смогли справиться со своими делами, потому что у вас нет сил и энергии?
5. С трудом ли вы засыпаете и хорошо ли спите?
6. Дрожат ли у вас руки настолько, что это беспокоит вас?
7. Бывают ли у вас ночные кошмары?
8. Потеют ли у вас часто руки?
9. Падали ли вы в обморок или темнело ли у вас в глазах?
10. Были ли у вас головные боли в последние годы? Если да, как часто, каждые несколько дней, реже, совсем немного? Беспокоит ли это вас?
11. Были ли у вас головокружения? Если да, как часто? Каждые несколько дней, реже, весьма часто, совсем немного?
12. Беспокоило ли вас сильное сердцебиение? Если да, то как часто? Каждые несколько дней? Реже? Беспокоит ли это вас? Весьма немножко?

Очень немногие врачи понимают, что объяснение болезней вирусной теорией является упрощенным взглядом на сущность болезни, что теория эта не абсолютна. Д-р Стюарт утверждает, что вирус полиомелита и другие месяцы могут находиться в организме без «эффекта». Болезнь, возникающая в результате, фактически определяется хозяином, т. е. человеческим организмом, а не бактериями.

Можно убедиться, что каждая болезнь — как физическая, так и психическая — порождается комбинацией обстоятельств, которые возникают как внутри, так и вне организма. Логически отсюда следует, что болезнь можно предотвратить или вылечить путем исправления переменных, которые существуют как внутри, так и снаружи организма: мы можем «заразиться» от микробов, но мы также можем исправить условия жизни, которые предрасполагают индивида к заболеванию.

Так же как организм человека может проявлять пониженную сопротивляемость (т. е. повышенную чувствительность) к микроорганизмам, так же и мозг становится более восприимчивым к эмоциональным расстройствам — психическим «микробам» (стрессы, конфликты, комплексы и пр.), когда он недостаточно укреплен против штормов психической природы.

Мы все живем в атмосфере, насыщенной болезнетворными агентами, — физические микробы и психические «вирусы» (стрессы и пр.) всюду и постоянно вокруг нас. Как психика, так и физика организма могут стать более устойчивыми, если их резистентность (сопротивляемость) увеличивается. А рациональная диета с соответствующими питательными элементами является критически важной для развития этой сопротивляемости.

Врачи Горвард и Левис в обзоре по психосоматике показывают, как отрицательные эмоции могут изменять эндокринный баланс, нарушать кровообращение, повысить давление, испортить пищеварение, изменить температуру тела и вызвать такое постоянное состояние эмоционального стресса, которое ведет к болезни. Эмоциональный стресс (расстройство) является одним из факторов, понижающих сопротивляемость (резистентность) организма.

Другой важный фактор — нарушения, связанные с важными изменениями в жизни. Врачи Холмс и Рай утверждают, что всем психическим и физическим болезням всегда предшествуют определенные важные для человека изменения в жизненных событиях, и будущее состояние здоровья или болезни можно предсказать путем оценки этих событий. Чем выше помер, тем серьезнее предстоящее заболевание. Данная оценочная шкала составлена на основании тысячи и более опросов. (Смотри тест на с. 32)

Подсчитайте все показатели со знаком «ДА». Согласно Холмсу и Райю, если общий показатель оценки 150 или меньше, то вероятность того, что вы заболите в течение следующих двух лет, равна 37%; при показателях 151—299 — 50%; при показателях 300 и выше вероятность заболеть равна 80%. Исследователи утверждают, что, чем выше общий показатель, тем серьезнее болезнь. При цифрах еще выше этого может быть рак, инфаркт, психоз.

Однако даже высокий показатель изменений в жизни может не означать подверженности болезням, если знать как предохранить себя от этих стрессов и укрепить свою сопротивляемость. Помните, ваша диета (то, что вы ежедневно пьете и едите) и ваше питание (все процессы, использующие продукты для роста, поддержания и восстановительных процессов в организме) могут защитить вас, поддержать здоровье, как психическое, так и физическое.

Д-р Р. Вильямс в своей книге «Питание против болезни» пишет:

«Наиболее важный путь улучшения окружения клеток головного мозга заболевшего человека — это дать клеткам возможность получения полной питательной цепочки жизни — никаких суррогатов. Клетки мозга получают из крови только те питательные элементы, которые есть в пище, из того, что мы едим». Д-р Л. Поллинг перечисляет элементы, необходимые для питания мозга: аскорбиновая кислота, ниацин (циннамил, В₃), тиамин, пиридоксин, В₆, фолиевая кислота, магний, глютаминовая кислота, триптофан, рибофлавин, пантотеновая кислота, биотин, йод, калий, все аминокислоты, особенно лизин, треонин, инозитол.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА

СИМПТОМЫ

Дефицит В ₂	Бессонница, перевозность, раздражительность, путаница в мыслях, замешательство, тревога, страх, депрессия, галлюцинация
Дефицит тиамина (В ₁)	потеря аппетита, депрессия, раздражительность, путаница в мыслях, замешательство, потеря памяти, неспособность сконцентрироваться, чувствительность к шуму депрессия
Дефицит рибофлавина	
Дефицит пантотеновой кислоты	депрессия, неспособность переносить стресс
Дефицит пиридоксина	патологические реакции у психически неполноценных детей
Дефицит В ₁₂	затруднения в концентрации и запоминании, ступор во время депрессии, сильное возбуждение, галлюцинация, маниакальное или параноидальное поведение
Дефицит биотина	депрессия, апатия, паника, галлюцинация
Введение витамина С	улучшение состояния при шизофрении
Дефицит йода	кретинизм
Дефицит калия	первозность, раздражительность, психическая дезориентация
Дефицит магния	параноидальный психоз
Дефицит треонина	раздражительность, неуживчивость
Дефицит лизина	неспособность сконцентрироваться, улучшение умственной и общей работы мозга у умственно отсталых
Введение глютаминной кислоты	взвинченность, невроз, усталость, напряженность, бессонница
Избыток молочной кислоты в крови	взвинченность, невроз, усталость, бессонница, напряженность
Дефицит кальция	

Д-р Р. Вильямс и другие врачи приводят список эмоциональных состояний, возникающих из-за дефицита основных питательных ингредиентов. Добавление этих веществ приводит к улучшению общего состояния.

Фактически клетки мозга нуждаются в каждом существенном питательном веществе, и дефицит одного из них изменит в той или иной степени функцию мозга. Оптимальное функционирование каждого отдельного существенного питательного ингредиента зависит от наличия каждого другого существенного питательного ингредиента.

Врачи Харт и Шоу проанализировали 200 научных исследований о диетических взаимосвязях. Главный вывод: нехватка одного основного витамина, минерального элемента, аминокислоты или жирной кислоты вызывает шоковую волну, которая распространяется и влияет на усвоение или функцию каждого из других существенных питательных веществ.

Инация, как фактор сопротивляемости, угнетает болезнь, когда он присутствует в организме в норме, и способствует заболеванию при его нехватке в организме. Согласно данным ученых 14—20 мг/день — норма для взрослого мужчины, включая и инацию, образующийся в организме из одной важной аминокислоты.

Тем не менее проведенный анализ диеты 12 мужчин-врачей показал, что только 12% (или 1

из 8 человек) получают лишь минимальную дозу инация. И хотя рекомендуемые дозы инация для женщин — 13—16 мг/день, тем не менее у 33% женщин-врачей в диете был обнаружен дефицит этого важного витамина — фактора сопротивляемости. Чего же удивляться, что каждый десятый взрослый — кандидат в психические больные?

Среди наиболее распространенных продуктов питания есть такие, которые являются факторами риска, например, рафинированные углеводы — передозировка их способствует возникновению многих болезней. Они дают так называемые пустые калории, так как в них резко не хватает витаминов, минеральных солей, основных жиров и белков. К рафинированным углеводам относятся: рафинированный сахар, готовые концентраты каш и супов, рафинированная мука высших сортов и изделия из нее, рафинированные крупы (полированный рис, макарон), конфеты, сладости, готовые десерты, подслащенные безалкогольные напитки, кондитерские изделия из рафинированной муки и пр.

Рафинированный сахар дает около половины этих пустых калорий. Проверка диеты семей врачей показала, что в среднем съедается одна чайная ложка рафинированного сахара каждые 30 минут, что резко увеличивает подверженность психическим болезням. Сравните вашу диету (соответственно вопроснику) — возможно, она не самая лучшая. Ужасающие привычки питания, которым следует большинство современных людей, нелегко изменить, и тем не менее следует попытаться выбрать рациональную пищу, которая попадает на вашу тарелку. Вилка и нож могут стать оружием, которое защитит от болезни, как эмоциональной, так и физической.

БЕЗДУМНАЯ ДИЕТА МОЖЕТ ДОВЕСТИ ДО БЕЗУМИЯ

Что может быть хуже, чем бездумно, с помощью неправильной еды довести себя до эмоционального заболевания?

В США 75 млн. взрослых с избыточным весом, и более половины из них борются с ожирением; каждый месяц публикуются новые чудо-диеты. Многие люди, придерживаясь таких псевдодиет, становятся очень нервными!

Что делает большинство приверженцев разных диет такими перевозными? Является ли хорошо известная «диетическая хандра» психологической реакцией на скуку диеты или связанные с диетой психические напряжения имеют более угрожающее значение?

Медицинские эксперты неоднократно предупреждали о вреде для здоровья переедания в диетах, приводящей к болезням сердца, артриту, болезням почек, желчного пузыря, даже к раку. Однако мало психиатров, которые предупреждали бы фанатиков диеты об эмоциональных нарушениях, несмотря на тот факт, что психические осложнения — наиболее обычные последствия ограниченных рационов, когда их придерживаются длительное время.

Те маляки, которые усмеваются: «Я лучше умру, чем растолстею», должны пересмотреть свою точку зрения. Ведь они небрежно выбирают между ожирением и нормальной психикой, особенно, если придерживаются слишком резких диет.

Израильские исследователи, изучавшие 10 человек, попавших в психиатрические клиники вследствие резкого изменения диеты, обнаружи-

то, что слишком быстрое снижение веса больше всего расстраивает именно первую систему. Шесть из этих 10 человек ранее, до первой попытки сбросить вес, никогда не страдали эмоциональными расстройствами. Была отмечена прямая корреляция между серьезностью их психических отклонений и скоростью и количеством потерянного веса. Чем лучше «работала» диета, тем серьезнее заболевал в результате похудения.

Психодиетический подход отнюдь не входит в противоречие с практикой дозированного лечебного голодания, так как применяются не длительно ограниченные по калорийности диеты, а в течение определенного, строго дозированного времени организм переходит на эндогенное питание за счет излишних внутренних запасов. При ожирении применяется практика так называемого дробного лечебного голодания, когда разгрузочная диета (только питье воды, минералки или соков) чередуется с периодами восстановления молочно-растительными продуктами (изобилующими естественными витаминами, минеральными солями и другими жизненно важными элементами).

Именно представители естественных (безлекарственных) методов оздоровления в течение последних двухсот лет настойчиво пропагандируют рациональное питание. Исключительная важность психодиететики и состоит в том, что впервые методы оздоровления, предлагаемые врачами, придерживающимися так называемой школьной, т. е. стандартной, медицины, в отношении диеты практически совпадают с рекомендациями представителей целлекарственных методов лечения.

Очень важно искать то общее, что есть у представителей различных направлений медицины. Общее же для натуропатов и авторов психодиететики состоит не в том, что одни требуют ограничения калорий до 3000, а другие до 1000, а в том, что они в один голос против рафинированных продуктов, сахара, соли, углеводов, консервированных продуктов — в пользу натуральных продуктов питания.

Любая диета для взрослого, рекомендуемая менее 2100—2400 калорий в день, вероятно, будет лишена некоторых витаминов, минеральных солей и важных микроэлементов, необходимых для поддержания психического здоровья. И несмотря на этот риск, все диеты для похудения содержат в 2 раза меньше калорий.

При недостаточном и неадекватном потреблении пищи, мозг, так же как и весь остальной организм, использует резервы. На ранних стадиях это не сказывается (именно на этих стадиях и проходит этап дозированного лечебного голодания!), но в конце концов резервы исчерпаны, и маньяк диеты становится неуверенным, легко расстраивается, с трудом принимает решения, становится нервным, плохо спит.

Дополнительный диетический стресс может привести к тому, что незначительные симптомы эмоциональной неуравновешенности перерастут в невроз или психоз.

Мозг обладает не только исключительными возможностями, но и исключительной чувствительностью. Лишенный кислорода в течение нескольких минут, мозг испытывает необратимые нарушения. При недостаточном снабжении основными белками, жирами, кислотами, витаминами и минеральными солями клетки мозга быстро вырождаются. Обследование 1000 научных пациентов доктором Н. Соломоном показало, что 46% из них не переваривают некоторые виды пищи: у 37% нарушен метаболизм глюкозы, у 28% — метаболизм белков, у 73% — метаболизм

жиров, у 18% нарушен основной метаболизм.

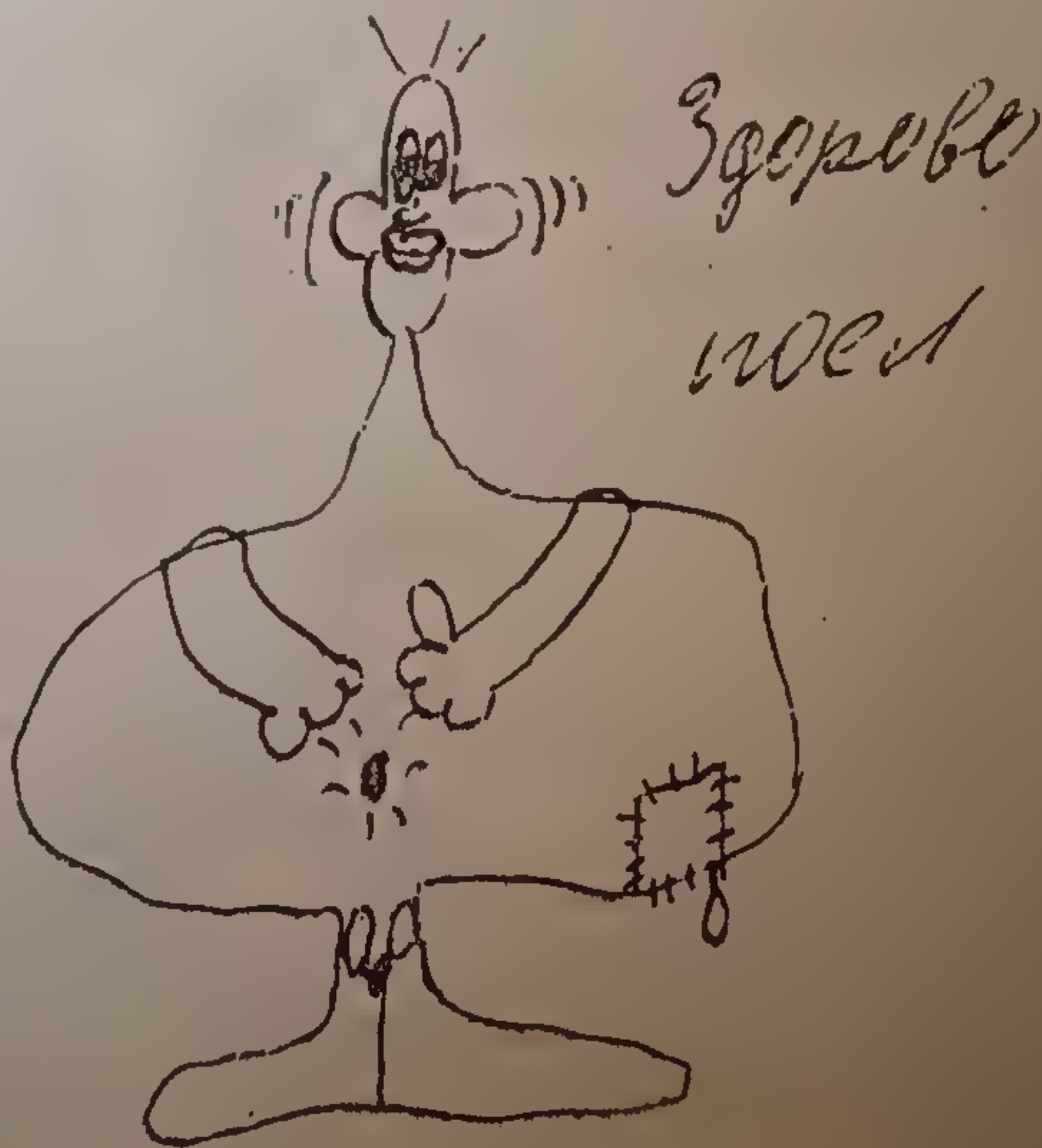
Вывод: у большинства людей, страдающих ожирением, нарушен метаболизм, и это уже скорее результат многих лет неправильного питания, чем причина ожирения. Сначала надо восстановить их метаболизм (очевидно, по мнению авторов, с помощью оптимальной диеты), а уже потом снижать вес и восстанавливать здоровье.

В университете штата Миннесота исследовали состояние здоровья 36 здоровых мужчин-добровольцев, после того как их в течение 6 месяцев держали на диете, содержащей 1500 ккал. Они не заболели физически, но у всех проявлялась психическая слабость: раздражительность, вялость, апатичность, неконтактность, многие утратили сексуальную потенцию. Некоторые из них не выдержали даже такой ограниченной диеты и прекратили эксперимент. Остальные же долго еще после окончания эксперимента вели себя как подозрительные невротики.

Аналогичные исследования с группой молодых эмоционально уравновешенных женщин проводились в клинике братьев Майо доктором Р. Вилдером. Хотя этим женщинам-добровольцам не нужно было терять в весе, им предложили ограниченную диету в условиях клиники на длительный период времени. Но прошло и трех месяцев, как психика женщин резко изменилась. Они стали без конца ссориться друг с другом, испытывали беспокойство, чувство страха, враждебность.

Некоторых из них мучили ночные кошмары, у других иногда возникало чувство паники. Одна из женщин жаловалась, что ей постоянно кажется, что вот-вот случится что-то ужасное. У пациентов ослабла память, они с трудом выполняли домашнюю работу, испытывали затруднения в концентрации внимания.

Таким образом, одной лишь диетой доктор Вилдер создал группу невротиков. Следует еще раз подчеркнуть, что в обоих экспериментах участвовали здоровые испытуемые. Но люди с изначальным весом и так нездоровы, поэтому их психику легче расстроить. Следует учесть, что добровольцы подвергались ограничению диеты только 1 раз, а большинство худеющих проводят такие опыты многократно, и каждая новая ограниченная диета может принести новые болезни.



Психиатр д-р Брук в своей книге «Нарушения питания» описывает конечное развитие психических срывов людей, придерживающихся в течение долгого времени ограниченных диет. Приводятся данные о женщинах и подростках, которые так стремятся похудеть, что совершенно забывают о своем здоровье, что приводит к особенно сильным первым срывам.

Для того чтобы сохранить психическое равновесие, клетки мозга должны получать постоянный и полный запас питательных веществ. Частое следование ограниченными диетами может привести к эмоциональному банкротству. Если мозг лишь иногда получает необходимые питательные вещества, а иногда не получает их, то это нарушает функции мозга и мозг становится большим и безумным.

Мало кто из придерживающихся различных ограниченных диет осознает, к каким серьезным физическим и эмоциональным осложнениям может привести продолжительное следование ограниченным диетам. В некоторых случаях у людей, судорожно хватающихся за разные диеты, может вообще возникнуть отвращение к еде и неспособность переваривать пищу, что может привести даже к смерти. Приводятся история болезни девушки, которая довела себя до полной прострации, ограничив пищу до 400 кал. в день.

Различные ограничительные диеты должны обязательно учитывать пищевую ценность продуктов с точки зрения полноценности питательных веществ, витаминов и минеральных солей. Дело в том, что слишком долгое ограничение потребления целых категорий продуктов может действительно помочь сбросить вес, но заодно и привести к психическому срыву.

Односторонние диеты или углубляют метаболические нарушения или способствуют возникновению новых. При длительном следовании диетам, содержащим всего 1—2 продукта (виноградная, рисовая, бананово-молочная, клубнично-сливовая, мясо-грибная и пр.), слишком много одного продукта и слишком мало других. Хотя в этих диетах есть свои плюсы, их однообразие на-

столько приспосабливается, что большинство людей бросает их прежде, чем они принесут слишком много вреда. Однако минус их заключается в том, что потеряв несколько килограммов веса (сколько бананов можно съесть в конце концов?), особенно упорные люди могут продолжать диету без конца, что ведет к первому срыву.

Так, например, некоторые популярные диеты предлагают только жидкую пищу. При этом утверждается, что 100% всех питательных потребностей организма эта жидкая диета обеспечивает. На самом деле никому еще не удавалось собрать всю информацию, необходимую для составления такой 100% формулы питания.

В частности, недавно обнаружен в печени и в масле из проросшей пшеницы (зародышей пшеницы) элемент, который снимает усталость у экспериментальных животных, которым давали такое масло после напряженной физической нагрузки (выносливость их вырастала на 300%). В моркови есть питательный элемент, снижающий потребность организма в кислороде, этот элемент еще не умеют синтезировать. И подобных элементов, возможно, еще не известных, но жизненно необходимых в жидкой диете, которой придерживаются длительное время, тем более может не оказаться.

Речь не идет о соковой терапии, потому что лечение соками рекомендуется всегда в течение ограниченного времени (20—30 дней максимум), и такой очистительный курс, особенно под руководством опытного врача-натуропата, ничего, кроме пользы, организму принести не может, как показано в книге Уокера «Сырые овощные соки», когда для оздоровления используются натуральные свежие соки фруктов и овощей, которые в течение ограниченного дозированного курса лечения достаточным образом обеспечивают жизнедеятельность организма и дают возможность вывести из организма через органы выделения накопившиеся продукты нарушенного метаболизма.

Есть диеты, в которых углеводы считаются главными врагами стройности, но авторы могут впасть в ошибку, оценивая все продукты, содер-

ВОПРОСНИК «ДИЕТА И МЕТАБОЛИЗМ»

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Применяли ли вы в течение последних 5 лет 2 или более раз ограниченные диеты? | Да | Нет |
| 2. Колебался ли ваш вес более чем на 10 фунтов (4,5 кг) в любую сторону в течение последних двух лет? | Да | Нет |
| 3. Применяли ли вы резкие диеты? | Да | Нет |
| 4. Более чем одну неделю? | Да | Нет |
| 5. Часто ли у вас появляются сильные пищевые желания? | Да | Нет |
| 6. Набираете ли вы вес, когда не сидите на диете? | Да | Нет |
| 7. Когда вы прекращаете ограниченную диету, набираете ли вы снова вес? | Да | Нет |
| 8. Применяя свою любимую ограниченную диету, теряете ли вы больше 1 фунта (600 г) в неделю? | Да | Нет |
| 9. Ограничивает или же совсем запрещает ваша диета для похудения целые категории продуктов, которые вам не разрешается есть? | Да | Нет |
| 10. Ограничивали ли вы вашу диету без добавления витаминных добавок? | Да | Нет |
| 11. Принимали ли вы таблетки для подавления аппетита, чтобы помочь себе сбросить вес? | Да | Нет |
| 12. Беспокоит ли вас проблема лишнего веса более десяти лет? | Да | Нет |

малое количество, однако. Хотя 30 г обычного хлеба и хлеба из цельной муки содержат одинаковое количество углеводов, питательная ценность хлеба из цельной муки несравнимо выше, так как он содержит тиамин, рибофлавин, ниацин, витамин Е и прочие, также и 25 г углеводов, содержащихся в 2 свежих перенках (3000 ед. витамина А) никак нельзя приравнять к 25 г углеводов, содержащихся в консервированном компоте из перенков (180 ед. витамина А).

Разумная диета обязательно должна разграничить конструктивные и деструктивные, т. е. полезные и вредные, углеводы. Можно ли остаться здоровым, потребляя только одни белки? Ни в коем случае, хотя белки и являются строительными элементами жизни. Но когда не хватает других жизненно важных элементов, даже полезный продукт в излишнем количестве может нанести большой вред. Чем больше белков вы потребляете, тем больше кальция, магния и других элементов вам необходимо. Дефицит магния, который делает людей чрезмерно нервными и смятенными, одно из неожиданных последствий строгой диеты.

Анализ одной из популярных диет для потери веса с позиций недостаточности насыщения витаминами, перафинированными углеводами, недостаточности белков и прочего показывает, что она может привести к эмоциональному срыву.

Вот вопросник для тех, кто пытался сбросить вес с помощью различных ограниченных диет: в ответах на следующие вопросы подчеркните «ДА» или «НЕТ».

Если вы ответили положительно 3 или более раз, то имеется вероятность того, что вы страдаете той или иной степенью нарушения метаболизма. Если вы ответили положительно на 3, 11, 12-й вопросы, то возможность нарушения биохимического баланса увеличивается. В этих случаях поможет оптимальная диета. Она не является диетой для похудения, не расписана по дням, поскольку рассчитана на людей, а не на роботов. Она является руководством к выработке разумных привычек в питании, а не диетой для быстрого подражания.

Оптимальная диета восстановит нарушенный метаболизм, поскольку он лежит в основе повышенного и пониженного веса. Оптимальная диета поможет вам обрести оптимальный вес, так как таблицы весов предназначены для среднего статистического человека, а не для вас лично.

Стабилизированный вес и есть ваш оптимальный вес. Пройдет несколько недель и не придется более насиловать свою волю, т. е. продукты, запрещенные оптимальной диетой, перестанут казаться вкусными. Если же запрещенные продукты все еще вас привлекают, значит, вы не следуете диете и рекомендациям полностью.

Маньяки диет могут не согласиться с целью: потерять первичное равновесие, чтобы приобрести стройную фигуру, но для большинства тех, кто испытал первый срыв во время ограничения диеты, этот путь окажется более приемлемым. Возможно, что вы никогда раньше не считали нарушение эмоциональной стабильности таким же серьезным, как психические заболевания, депрессии, неврозы, которые являются кульминацией пренебрежения рациональным питанием. «Диета» имеет много оттенков. Диетой можно привести себя к катастрофе и диетой можно привести себя в состояние оптимального физического и психического самочувствия. Выбирайте сами.

Примечание редакции: оптимальная диета будет дана в следующем выпуске, в котором будет продолжен разговор о психодететике.

Хатха-Йога — это часть философской системы йогов, которая говорит о физической стороне человека. Предметом ее является забота о физическом теле, о его благосостоянии, здоровье, крепости, а также все то, что способствует поддержанию в человеке естественного и нормального состояния его здоровья. Так определяет предмет нашего внимания пользующийся всемирной известностью вот уже почти столетие труд РАМАЧАРАКА — «Хатха-Йога, или Йогическая философия физического благополучия», который предлагаем читателю в переводе йога РАМАНАНТАТЫ. (© «АВС — Фонд»)

ЧТО ТАКОЕ ХАТХА-ЙОГА

Хатха-Йога учит нормальному образу жизни. Она фактически отвечает лозунгу, уже много раз раздававшемуся на Западе: «Назад к природе!» Разница лишь в том, что самому йогу нет нужды ВОЗВРАЩАТЬСЯ к природе: он никогда и не отходил от нее; он всегда был близок к ней и верен ее заветам, не позволяя смущать себя той ослепляющей безумной погоней за внешностью, каковая заставила современное человечество забыть о самом существовании природы.

Мода и тщеславие остались чужды сознанию йога, он с улыбкой смотрит на них, как смотрят на детские забавы, и остается в объятиях матери-природы, ища ласки на ее груди, всегда дававшей ему пищу, тепло и защиту. Хатха-Йога — это прежде всего природа, опять ПРИРОДА, и в конце концов ПРИРОДА. Человеку, находящемуся среди изобилия всяких методов, правил, теорий и т. п., следует подходить к ним с вопросом: «Который из них естественнее!» — и выбирать тот, который больше всего согласуется с природой.

То же самое мы рекомендуем и нашим читателям в тех случаях, когда в вопросах здоровья их внимание отвлекается разными теориями, «школами», методами, правилами и идеями, наводняющими западный мир. Так, например, некоторые уверяют, будто от соприкосновения с землей человек теряет свой «магнетизм». Чтобы устранить эту опасность, рекомендуется носить на обуви резиновые каблуки и подошвы и спать на кроватях, изолированных при помощи стеклянных ножек; это якобы мешает земле (новой матушке-природе) высасывать из нас тот самый магнетизм, которым она же нас и снабдила. Пусть увлекающиеся этой теорией спросят себя: «Что говорит об этом природа?» — и, чтобы узнать ее ответ, представят себе, может ли в правила, преподанные нам ею, входить ношение резиновых подошв и изготовление стеклянных ножек для кроватей.

Думает ли о таких вещах здоровый и полный магнетизма и жизненной силы человек? Прибегали ли к ним когда-нибудь известные своей физической силой расы? Неужели найдется человек, который почувствует слабость только от того, что полегит на зеленой лужайке или посидит на травянистом пригорке? И не естественно ли влечение всякого прислониться к деревянной скамейке, а то и посидеть прямо на лоне доброй матери-земли? Ведь даже ребенок постоянно проявляет естественное стремление — побегать по земле босиком. Разве не чувствует себя нога легче без башмака не только с резиновой, но и с простой подошвой и разве не приятно человеку ходить босиком некоторое время? Неужели же резиновые подошвы способствуют накоплению в человеческом теле магнетизма и жизненной силы?

Все эти примеры мы приводим лишь ради простой иллюстрации царящих в мире заблуждений, отнюдь не желая терять времени на рассуждения о достоинствах или недостатках резиновых подошв и стеклянных ножек кроватей как средств предохраняющих людей от убыли магнетизма. Человек, не лишенный наблюдательности, очень скоро сам услышит ответ природы и поймет, что большую часть своего магнетизма он получает именно от земли, она как бы насыщенная магнетизмом батарея и всегда добросовестно и охотно уступает свою силу человеку, нисколько не

«медицинский трактат» из людей — детей своих — тот материализм, которого в ней самой более чем достаточно.

Многие из современных модных теорий заходят так далеко в своей нелепости, что, пожалуй, скоро кто-нибудь примется утверждать, будто свежий воздух приносит людям вред и отнимает у них силу и бодрость. Ценность всякой теории, включая сюда и нашу, определяется степенью ее естественности и близости к природе. Теорию, идущую вразрез с природой, лучше всего отбросить — вот верное правило, потому что природа знает, что нужно человеку: она людям друг, а не враг.

Много ценных исследований было написано относительно других направлений философской системы йогов, но почти все авторы обходили Хатха-Йогу стороной, ограничиваясь лишь кратким упоминанием о ней. Это в значительной мере объясняется тем, что в Индии существует многочисленный класс невежественных нищих, принадлежащих к низшему разряду факиров, каковые выдают себя за хатха-йогов, не имея при этом ни малейшего понятия ни о самом учении Йоги, ни об этом ее разделе в частности.

Все знание этих нищих заключается в том, что они научились управлять непроизвольными мышцами своего тела (что доступно всякому, желающему потратить время и силы на известные упражнения), и вот они проделывают разные «фокусы» ради забавы и развлечения западных путешественников, у которых нередко вызывают одно только отвращение. С точки зрения любопытства их трюки и могут показаться удивительными, но место им — как и разным западным магам-чудодеям — в каких-нибудь американских балаганах с входной платой по 10 центов.

Так эти люди с гордостью демонстрируют обратное действие перистальтики своего кишечника и глотательного движения пищевода, показывая отвратительную картину — обратную работу пищеварительных органов: шарик, введенный снизу в толстые кишки, проходит через желудок в пищевод и выбрасывается изо рта. С медицинской точки зрения это, может быть, и очень интересно, но с точки зрения всякого, кто далек от медицины, — это одно из самых отталкивающих и недостойных человека зрелищ. Все прочие фокусы этих мнимых хатха-йогов в том же роде, и во всех их трюках нет ни пользы, ни интереса для людей, стремящихся поддержать свое тело здоровым, правильно и естественно функционирующим.

Эти нищие стоят на одной доске с тем классом индийских фанатиков, которые, также называя себя «йогами», из религиозных убеждений отказываются мыть свое тело, либо годами сидят с поднятой вверх рукой, пока она не начинает сохнуть; другие из них не стригут на руках ногтей, которые начинают уже вращаться им в тело, третьи же сохраняют настолько неподвижную позу, что птицы выют себе гнезда на их головах, и т. д. Все это делается из желания прослыть «святыми» среди невежественных масс и прокормиться за чужой счет, так как простой народ думает, что, подавая милостыню этим людям, он заслуживает себе награду в будущем.

Подобные фокусники просто либо грубые обманщики, либо самообольщающиеся фанатики. Они относятся к тому же разряду людей, что и нищие, которые в большинстве европейских и американских городов, желая набрать побольше денег, выставляют напоказ свои искусственные раны и всякие уродства, а прохожие торопливо суют им монету и поскорее отворачиваются от страшного зрелища.

На таких людей настоящий йог смотрит с глубоким сожалением и жалостью. Он считает Хатха-Йогу важным разделом философской системы, так как она дает человеку здоровое тело — основу в духовной работе и достойную обитель бессмертного Духа.

Мы постараемся в простой и ясной форме изложить принципы учения Хатха-Йоги и приведем соответствующие этому учению правила физической жизни йогов. Каждое правило мы постараемся пояснить. Прежде всего нам кажется необходимым, пользуясь терминологией западных физиологов, объяснить читателю, как работают различные органы человеческого тела и каковы здесь были намерения природы с тем, чтоб указать согласные с природой методы, которые читателю следует как можно лучше усвоить. Это не

«медицинский трактат», мы только указываем, что следует делать, чтобы вернуть себе естественное состояние здоровья.

Ключевой нотой является **ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК**, и главная задача в том, чтоб помочь людям достичь идеала здорового человечества. Но мы также полагаем, что способы, приносящие большее здоровье здоровому человеку, укрепят здоровье и в больном. Хатха-Йога проповедует здоровый, естественный, правильный образ жизни, следуя которому каждый получает для себя пользу. Этот образ жизни стоит близко к природе и защищает преимущество естественных методов перед теми, что созданы нашими искусственными, извращенными привычками.

О болезнях мы специально не ведем здесь речи. Мы предпочли показать вам здоровых людей — **МУЖЧИНУ И ЖЕНЩИНУ** (и просим вас внимательно взглянуть на них и понять, что делает их здоровыми и поддерживает их здоровье), чтобы обратить ваше внимание на то, что и как они делают для этого. И если вы желаете быть похожими на них, мы советуем вам следовать их примеру. Вот и все, к чему мы стремимся. Но ЭТО все весьма важно для вас, это практически единственное, что мы можем для вас сделать — остальное вам придется делать самим.

Мы объясним вам, почему йоги заботятся о физическом теле, и изложим основоположения Хатха-Йоги — ее веру в то, что всякой Жизни присущ Разум, что великое Жизненное Начало всюду делает свое дело и что, если мы доверимся ему и позволим ему влиять на нас и руководить нами, то тело наше будет чувствовать себя прекрасно.

Прочтите — и вам станет ясно все, что мы хотели сказать вам; вы примите все, что мы взялись передать вам. В ответ на вопрос: «Что такое Хатха-Йога?» — мы говорим вам: прочтите все до конца — и вы узнаете то, что можно узнать об этом; чтобы постичь ВСЕ, вам нужно лишь претворять на деле изложенные здесь правила, и это будет прекрасным началом на пути того знания, к которому вы стремитесь.

ЗАБОТА ЙОГОВ О ФИЗИЧЕСКОМ ТЕЛЕ

Случайному наблюдателю может показаться, что философия йогов страдает заметным противоречием: с одной стороны, она говорит, будто физическое тело есть только материал и не имеет никакого значения в сравнении с высшей сущностью Человека, и в то же время она предписывает своим последователям внимательно и заботливо следить за питанием, упражнением, развитием и совершенствованием этой недостойной оболочки. В самом деле, ведь целый раздел учения йогов — Хатха-Йога — посвящен заботам о теле и подробно излагает своим ученикам принципы физического воспитания и развития.

Многие из западных путешественников по Востоку, видя, сколь много внимания посвящают йоги своему телу, как много времени и забот они ему уделяют, делали вывод, будто вся философия йогов — всего лишь восточная форма физической культуры, изучаемая, быть может, несколько более тщательно, но не заключающая в себе никаких «духовных» начал. Такое мнение говорит только о том, что люди эти судили по одной видимости и не сумели приподнять завесу, скрывающую внутренний смысл вещей.

Нашим читателям излишне было бы объяснять, почему йоги так заботятся о своем теле; также едва ли нужно оправдывать задачу дать людям, занимающимся изучением Йоги, наставления, относящиеся к воспитанию и научно обоснованному совершенствованию физического тела.

Читателям **ИЗВЕСТНО**, что, по мнению йогов, реальный человек не есть тело. Йоги седают, что бессмертное «Я», которое в большей или меньшей степени сознается в себе каждым человеком, не есть это физическое тело, которым «Я» пользуется только для своего выражения. Йоги знают, что тело всего лишь как бы одежда, в которую Дух облчается временно от времени. Они знают, что такое тело, и далеки от заблуждения считать его самым Человеком.

Но при всем том йоги знают и то, что тело является орудием для проявления и деятельности Духа, что телесным покровом необходим для проявления настоящей сущности Человека и совершенствования ее на данной стадии ее развития.

Йоги ведают, что тело есть Храм Духа, и понимают, что заботы о теле и его совершенствовании представляют собой достойную задачу, служащую одновременно и для развития высших сторон Человека, ибо в нездоровом и плохо развитом теле не может правильно работать мысль; такое тело не может быть достойным орудием своего мастера, который есть Дух.

Йоги безусловно усвоили себе эту точку зрения и опираются на тот принцип, что тело должно находиться под совершенным контролем ума и представлять собою как бы инструмент, совершенно послушный всякому прикосновению руки своего хозяина.

Но йоги знают, что безусловно покоряться уму может только правильно воспитанное, правильно питаемое и правильно развитое тело, а правильно воспитанное тело должно прежде всего быть здоровым и сильным. Вот почему йоги уделяют так много внимания и забот физической стороне своей природы и почему восточная система физического воспитания — Хатха-Йога — является составной частью учения йогов.

Сторонники западных систем физической культуры стремятся развивать тело ради тела, часто думая, будто тело и есть сам Человек. Йоги же, развивая тело, знают, что оно лишь орудие высших начал Человека и что Человек должен совершенствовать орудие единственно ради того, чтоб оно могло служить делу совершенствования души.

Обыкновенные энтузиасты физического развития довольствуются тем, что рядом простых механических движений и упражнений укрепляют мышцы. Йоги же освящают свою задачу Мыслью и развивают не только мышцы, но и каждый орган, каждую клеточку и каждую часть своего тела, научаясь в то же время контролировать произвольные части своего организма так же хорошо, как и произвольные, а это совершенно неведомо представителям западных школ физического воспитания.

Мы намереваемся указать нашим читателям тот путь, идя которым йоги достигают совершенства своего тела, и мы уверены, что тот, кто будет внимательно и вполне сознательно следовать нашим указаниям, окажется щедро вознагражден за потраченное время и труд, став господином своего прекрасного, развитого тела, которым он будет гордиться, как скрипач-виртуоз гордится своим Страдивари, почти разумно отвечающим каждому касанию его смычка, либо как мастер-художник гордится каким-нибудь совершенным инструментом, позволяющим ему обогащать мир прекрасными и полезными произведениями.

ТВОРЕНИЕ БОЖЕСТВЕННОГО ЗОДЧЕГО

Философия йогов учит, что каждый Человек получает от Бога физическую машину, приспособленную к его нуждам, а также и средства к тому, чтоб держать эту машину в порядке и исправлять происходящие в ней от небрежности человека погрешности. Йоги считают, что человеческое тело создано великим Разумом, что оно есть творение Божественного Зодчего. Свой организм они признают машиной, идея которой и выполнение свидетельствуют о величайшей мудрости и заботливости ее Создателя. Йоги ведают, что тело существует только потому, что существует великий Разум, который продолжает действовать и в физическом теле, и знают, что пока человек согласует свои действия с Божественным Законом, он сохраняет в себе здоровье, крепость и силу. Но как только человек отходит от этого закона, так тут же в нем наступает дисгармония и проявляется болезнь.

Йоги полагают, что было бы смешно предположить, будто великий Разум, вызвав к существованию прекрасное тело Человека, покинул его и отдал на произвол судьбы, ибо им ведомо, что Разум продолжает управлять всем и вся в человеческом организме и что Разуму этому можно и нужно верить без всякого страха.

Разум, проявления коего мы называем Природой, Жизненным Началом и тому подобными именами, постоянно стремится исправлять всякие погрешности, залечивать раны, сращивать переломы костей, удалять вредные вещества, скапливающиеся в организме, и тысячами разных способов поддерживать ход нашей машины. Многое из того, что мы называем болезнью, на самом деле лишь благотворное действие Природы, стремящейся удалить ядовитые продукты, коим мы позволили проникнуть в наш организм и в нем остаться.

Давайте же посмотрим, что представляет собой наше тело. Представим, что душа ищет временное жилище, в котором она могла бы провести данный отрезок своего существования. Оккультисты знают, что для известного характера проявления душе нужно плотское жилище. Посмотрим же, какие требования предъявляет душа к нужному ей телу и удовлетворяет ли Природа этим ее требованиям.

Прежде всего душе необходимо чрезвычайно сложное физическое орудие мысли, центральный пост, откуда она могла бы управлять деятельностью всего тела. Природа дает ей это удивительное орудие, она создает человеческий мозг, заложенные в коем возможности мы до сих пор еще мало знаем. Ведь та доля мозга, которую использует человек в настоящей стадии своего развития, составляет собой лишь весьма незначительную часть всего пространства мозга. Неиспользуемая же часть пока что дожидается дальнейшей эволюции человеческой расы.

Далее душа ищет органы, способные воспринимать и задерживать впечатления внешнего мира. Природа откликается и создает глаз, ухо, нос, вкусовые органы и чувственные нервы. Помимо того, природа держит для нас про запас и другие органы восприятия, откуда надобность в них не почувствуется в развитии человеческой расы.

Затем нужно, чтобы мозг мог сообщаться с различными частями тела. Для этого Природа изумительно пронизала все тело нервами, наподобие телеграфных проводов. По ним мозг передает свои распоряжения во все части тела, посылает приказания всем тканям и органам, настаивая на немедленном послушании. По ним же мозг получает донесения из всех частей тела, предупреждения об опасности, призывы на помощь, жалобы и т. д.

Потом тело должно иметь возможность двигаться. Оно уже не довольствуется жизнью растения и хочет «менять место», перемещаться. Кроме того, оно желает брать вещи и употреблять их для своих надобностей. Природа дает ему конечности, мышцы и сухожилия, с помощью которых эти конечности могут работать.

Далее телу нужен остов, который придавал бы ему форму, защищал его от ударов, сообщал ему крепость и твердость, служил бы ему опорой. И Природа создает костное основание, известное под названием «скелета» — изумительный механизм, достойный самого внимательного изучения.

Душа ищет физического способа общения с другими воплощенными в телах душами. И Природа являет средство общения в органах зрения и слуха.

Тело требует системы, разносящей питательные материалы во все его части, чтобы восстанавливать их, наполнять, исправлять и укреплять. Ему также необходима подобная система для того, чтоб собирать отработанные и ненужные вещества в общий крематорий, которые бы сжигались в нем и удалялись из организма. И природа создает животворную кровь, артерии и вены, через которые кровь разносится по телу, исполняя свою работу, а также легкие, в которых кровь насыщается кислородом, т. е. окисляется, что и означает сжигание отработанных материалов.

Чтобы восстанавливать и исправлять свои органы, телу нужен соответствующий строительный материал, поступающий извне. Природа дает ему органы для принятия пищи, затем органы, которые переваривают ее, извлекают из нее питательные элементы, придают ей форму, удобную для поглощения организмом, и которые наконец выбрасывают из тела ненужные остатки.

Ну и в конце концов тело наделено способностью воспроизводить другие подобные себе тела и доставлять другим душам телесные жилища.

Изучение чудесного механизма человеческого тела и работы его является достойной задачей для каждого из нас. ибо в этом изучении человек черпает самое убедительное доказательство существования в Природе великого Разума: он видит работу великого Жизненного Начала, он убеждается в том, что тело не есть порождение слепого случая или какой нечаянности, но является произведением могучего УМА.

И тогда он научается верить этому Уму и знает, что если этот Ум привел его к физическому существованию, то он будет вести его и в жизни. Он знает тогда, что силы, взявшие на себя заботу о нем ПРЕЖДЕ, заботятся о нем и ТЕПЕРЬ и будут заботиться ВЕЧНО.

Если только мы откроем себя притоку великого Жизненного Начала, то излечим из этого огромную пользу. Если же мы будем бояться его или встречать недоверием, то, захлопнув тем пред ним двери, мы неизбежно навлечем на себя страдания.

НАШ ДРУГ — ЖИЗНЕННАЯ СИЛА

Многие люди склонны считать, будто болезнь есть какая-то самостоятельная сущность, некая реальная вещь, противоположная здоровью. Это неверно. Здоровье — естественное состояние человека, а Болезнь — это просто отсутствие здоровья. Кто согласовывает свою жизнь с законами Природы, не может быть болен. Но стоит нарушить какой-либо закон, как тотчас же создаются ненормальные условия, вместе с которыми проявляются определенные симптомы, тому или иному сочетанию коих мы и присваиваем название той или иной «болезни».

Но как раз то, что мы называем «Болезнью», есть просто последствия предпринятой Природою попытки устранить ненормальные условия и восстановить правильную работу организма. Мы слишком привыкли считать болезнь какой-то отдельной сущностью и постоянно говорим о ней так, словно она имеет некое объективное существование.

Мы говорим, что «она» нападает на нас, что «она» завладевает тем или иным органом, что «она» идет своим чередом, что «она» весьма злокачественна или, наоборот, крайне слаба, что «она» упорно не поддается лечению или, напротив, легко ему уступает, и т. д. и т. п. Мы говорим о ней, как если б «она» была существом, наделенным характером, намерениями и разными иными жизненными качествами. Мы представляем ее себе, как нечто такое, что может овладеть нами и употребить свои силы на нашу погибель.

Она представляется нам каким-то волком в овчарне, лисой в курятнике или крысой в амбаре — и вот мы воюем с ней, точно с диким зверем. Мы стараемся убить ее или по меньшей мере запугать. Но Природа не есть нечто непостоянное, что-то неустойчивое или ненадежное. Жизнь в человеческом теле проявляется в согласии с определенными, прочно установленными законами, идет, медленно и постепенно развиваясь, по намеченному пути, пока не достигнет своего апогея, а затем шаг за шагом начинает склоняться к закату, откуда не наступит миг, когда душа, исполнив определенную ей в этом теле задачу, отбросит его, словно старую, изношенную одежду, и вступит в следующую стадию своего развития.

Так что в расчеты Природы отнюдь не входило, чтоб Человек покидал свое тело, не достигнув глубоко преклонного возраста, и йоги знают, что если б только люди с детства следовали законам Природы, вместо того чтобы постоянно их нарушать, то смерть от болезни в молодых или зрелых годах была бы такой же редкостью, как и смерть вследствие несчастного случая.

В каждом физическом теле есть определенная Жизненная Сила, которая постоянно действует нам во благо, несмотря на то что мы самым легкомысленным образом нарушаем основные заповеди правильной жизни. И многое из того, что мы именуем «болезнью», оказывается просто оборонительным действием этой Жизненной Силы, ее намерением возместить нанесенный ущерб или исправить причиненное повреждение. Со стороны живого организма — это

не шаг назад, а, напротив, движение вперед. Действие же оказывается ненормальным потому, что ненормальны условия, в которых оно проявляется, но все усилия Жизненной Силы направлены на восстановление правильной работы.

Первый великий принцип Жизненной Силы — САМОСОХРАНЕНИЕ. Этот принцип проявляется повсюду, где только есть Жизнь. Под его действием самец и самка чувствуют влечение друг к другу, зародыш и ребенок получают питание, мать героически выносит муки материнства, родители оберегают и защищают свое потомство при самых неблагоприятных обстоятельствах. Почему? Потому что во всем этом выражается инстинкт СОХРАНЕНИЯ РОДА.

Но этому инстинкту не уступает по силе другой — инстинкт индивидуальной жизни. «Все, что имеет, готов человек отдать за жизнь свою», — говорит один писатель, и если слова эти не вполне справедливы в отношении Человека высокой культуры, то они все-таки достаточно верны, чтоб служить иллюстрацией принципа самосохранения. Инстинкт этот не гнездится в Интеллекте человека, он заложен гораздо глубже, в основании самого нашего бытия.

Это ИНСТИНКТ, часто побеждающий Интеллект. Именно он заставляет ноги человека «уносить» себя в бегстве, хоть человек и решил твердо оставаться в опасности. Потерпевших крушение он учит нарушать некоторые законы цивилизации, заставляя их убивать и съедать своего товарища или утолять жажду его кровью. Именно он в ужасной «Черной яме», где во время восстания сипаев задохнулись в страшной борьбе за последний глоток воздуха брошенные туда пленные английские солдаты и офицеры, превратил людей в диких зверей. Постоянно и всюду он утверждает свою власть.

Там, где есть жизнь, он стремится сохранить жизнь; где есть здоровье, он старается поддержать здоровье. Нередко он заставляет нас и болеть, чтоб освободить нас от ядов, которым наши легкомыслие и глупость открыли доступ в наш организм. Принцип самосохранения, выражаемый Жизненной Силой, так же верно указывает нам, в какую сторону идти, чтоб достичь здоровья, как известный закон, заставляя стрелку компаса отклоняться всегда в одну и ту же сторону, безусловно показывает нам, где находится север.

Мы можем, конечно, свернуть с пути, невзирая на толкающий нас импульс, но верное побуждение существует в нас всегда. В нас говорит тот же инстинкт, который заставляет семя давать росток и сдвигать со своего пути тяжести, в тысячи раз превосходящие его собственный вес, чтоб безошибочно пробить себе дорогу к солнцу. Этот же инстинкт всегда направляет побег молодого деревца от земли вверх, а корни растений заставляют распространяться вглубь и вширь.

Но в каждом случае, при всем разнообразии направлений каждый корень выбирает нужный ЕМУ путь и каждое движение его бывает правильно. При ранении Жизненная Сила залечивает рану, действуя с поразительной мудростью и точностью. При переломах кости хирургу чужно лишь сложить концы друг с другом и закрепить их в этом положении, а великая Жизненная Сила срастит разъединенные части. Если при падении происходит разрыв мышц и связок, нам нужно только соблюдать определенную осторожность в движениях — Жизненная Сила примется за дело и, извлекая из организма строительный материал, исправит повреждение.

Всем врачам известно, и этому учит медицина, что если человек находится в хорошей физической обстановке, то почти при всяком заболевании Жизненная Сила исцелит его, исключая лишь те случаи, когда разрушены жизненно важные органы. И наоборот, если физический организм уже подался, то и выздоровление идет гораздо труднее, а иногда оказывается и вовсе не возможно, так как деятельность Жизненной Силы нарушена и вынуждена происходить при неблагоприятных условиях. Но всегда, при всех условиях можно быть уверенным, что Жизненная Сила будет делать для вас все, что только от нее зависит.

Если она и не может выполнить всего, все равно она никогда не оставит своих попыток, не опустит безнадежно руки: она приспособится ко всяким обстоятельствам и будет справляться с ними, как может. Развяжите ей руки — и она будет держать вас в полном здравии; ограничьте ее неразумными условиями противоестественной жизни — и она все-таки будет стараться благополучно провести вас чрез все это и будет служить вам до конца, на пределе своих возможностей, невзирая на вашу вздорность и неблагодарность. До последнего предела она будет биться за вас.

Принцип ПРИСПОСОБЛЯЕМОСТИ также проявляется во всех формах жизни. Так, семя, попавшее в расщелину скалы, все-таки даст росток, каковой или будет виться по скале, повторяя ее форму, либо, если он достаточно силен, расколет скалу пополам и сохранит свою естественную форму. То же самое и Человек. Он может жить и чуть ли не благоденствовать во всех климатах и во всяких условиях, так как Жизненная Сила его приспосабливается к самым разнообразным условиям, и там, где она не может разбить скалу, она пускает побег в несколько искаженной форме, но все же живой и бодрой.

Никакой организм, пока соблюдены необходимые для здоровья условия, заболеть не может. Ибо здоровье есть не что иное, как жизнь в нормальных условиях, тогда как болезнь — жизнь в условиях ненормальных. Но условия, сделавшие человека здоровым и сильным, необходимы, чтобы сохранить в нем здоровье и силы, поддерживать их и впредь. В правильных условиях Жизненная Сила работает с наибольшим успехом, в неправильных же деятельность ее стеснена, искажена и в большей или меньшей мере выражается то, что мы называем «болезнью».

Мы живем в цивилизации, каковая в той или иной степени навязывает нам противоестественный образ жизни, и в этих условиях Жизненной Силе трудно работать так, как она бы того хотела. Мы неправильно едим, пьем неправильно, неправильно дышим, неправильно спим и даже одеваемся. «Мы сделали все то, чего не следовало делать, и не притрунулись к тому, что нам как раз сделать следовало — и потому в нас нет Здоровья», или, можно было бы еще добавить, его так мало, насколько мы только можем это выдерживать.

Мы особо остановились на вопросе о благотворном влиянии Жизненной Силы потому, что это обыкновенно упускается из виду людьми, не изучавшими специально данного вопроса. Но вопрос этот составляет предмет Хатха-Йоги и входит неотъемлемой частью в философию йогов, которые уделяют ему большое внимание в своей жизни. Они знают, что в Жизненной Силе люди имеют себе надежного друга и сильного союзника, и потому стараются мешать ей как можно меньше, позволяя ей свободно заниматься своим делом внутри себя. Йоги знают, что она всегда бодрствует над ними, заботясь об их благоденствии и здоровье, и с величайшим доверием полагаются на нее.

Успех Хатха-Йоги в значительной мере определяется совершенством ее методов, рассчитанных на то, чтоб содействовать Жизненной Силе свободно и без помех работать в теле Человека. Все наши методы и упражнения клонятся именно к этой цели. Задача Хатха-Йоги — расчистить пред Жизненной Силой путь, приготовить ей широкую и ровную дорогу. Следуйте нашим предписаниям — и в вашем теле все будет обстоять благополучно.

(Продолжение в следующем номере)

ПРОГНОЗ НА МАРТ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 1, 4, 7, 11, 13, 16, 21, 24, 26, 29, 30

Дни благоприятные 2, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 18, 23, 27, 28, 31

Дни повышенной конфликтности 3, 12, 17, 19, 22, 25

Влияние на вашу волевую сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жизни 2, 5, 7, 9, 11, 18, 21, 25, 27, 28

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 4, 8, 12, 15, 16, 24, 30

Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 1, 3, 6, 8, 10, 13, 14, 17, 20, 22, 23, 26, 29

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 2, 4, 5, 6, 13, 14, 22, 27

Дни меньшей продуктивности 9, 12, 15, 16, 17, 19, 21, 24, 26, 30, 31

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 2, 5, 6, 11, 12, 14, 15, 18, 22, 23, 27, 28

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 4, 10, 16, 19, 24, 30

Дни повышенного травматизма 7, 13, 20, 25, 29, 31

ТВОЕ ЗАПОРОВЬЕ

Рассказывает врач-гомеопат
Александр Николаевич УМРИХИН

ПОЧЕМУ ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВА ЭФФЕКТИВНЫ

Первоначально основатель гомеопатии С. Гамман применял лекарства в необработанном виде и в дозах, лишь немногим отличающихся от общепринятых в медицине его времени (конец XVIII, начало XIX века). Вскоре по многим причинам он отказался от такой практики и стал применять свои лекарства сначала в низких дозах, а затем и в сверхнизких, подвергая их при этом совершенно особому роду обработки.

В прошлый раз вопроса о микродозах мы уже касались (см. «Твое здоровье» № 11/90). Было сказано, что те чрезвычайно малые дозы, в которых применяются лекарства в гомеопатии, называются микродозами. Название это до определенной степени условное, и вот почему. Процесс приготовления гомеопатических микродоз называется потенцированием. Это специальная процедура, во время которой исходное лекарственное вещество подвергается серии последовательных разведений.

Разведение производится таким образом: одну весовую часть вещества растворяют в 9 весовых частях растворителя (это или дистиллированная вода, если вещество хорошо растворимо, или спирт, если оно плохо растворимо). Получается раствор с соотношением 1:10. Затем одну часть этого раствора разводит в 9 частях воды, и получается соотношение 1:10². От вновь полученного раствора берется 1 часть в следующие 9 частей воды — 1:10³ и т. д. Это и есть серия разведений, именуемая потенцированием.

В результате получают 1, 2 и 3 и так далее десятичные разведения, которые, как уже говорилось, обозначаются 1х, 2х, 3х.

Используются также сотенные разведения. Процедура приготовления разведений та же, но соотношения другие: 1:100, 1:100², 1:100³, ..., 1:100⁶, ..., 1:100³⁰ и т. д. Соответственно сотенные разведения обозначаются 1, 2, 3, 6, 30. В Москве пользуются преимущественно лекарствами в 3х, 3, 6, 12 и 30 разведениях. Киевские гомеопаты предпочитают разведения 100, 500, 1000, т. е. разведения более высокие, как принято говорить.

Но и это не предел. Потенцирование может быть продолжено и дальше, и тогда появляются 10 000, 50 000, 100 000 разведения. В практике мировой гомеопатии сложился немалый опыт использования таких сверхвысоких разведений. И как показывает этот опыт, эффективность лекарств отнюдь не меньшая, а во много раз большая. Именно по этой причине процесс изготовления разведений назван потенцированием, а сами разведения — потенциями (от латинского «потенция» — могущество, т. е. потенцирование — наделение могуществом).

Другое название этого процесса — динамизация (от греческого «динамис» — сила, т. е. наделение силой).

Потенцирование лекарств

Итак, лекарства, которые используются в гомеопатии, применяются в микродозах, именуемых потенциями. Получается парадоксальная ситуация: чем больше произведено разведений при приготовлении той или иной потенции (чем она, так сказать, выше), а исходного вещества меньше, тем «микродоза» сильнее и действие ее эффективнее? Что же, Аконит 3х слабее Аконита 30, который, в свою очередь, слабее Аконита 50 000? Но таковы факты. И им имеется немало подтверждений — эмпирических, клинических, лабораторных. Вот основные.

1. Гомеопатическое лечение всевозможными потенциями проходят не только взрослые, но и дети. Если бы имел место эффект «платцебо», а не лечения (платцебо — это лекарственная форма, приготовленная из нейтрального вещества, не оказывающая на организм никакого действия, при ее назначении может появляться видимость эффекта лечения, обусловленная самовнушением), то едва ли можно было бы ожидать эффективности такого лечения у детей в возрасте до 1 года, например.

Между тем сила действия и длительность эффекта соответствует как раз этому правилу: чем выше потенция, тем выраженнее эффект.

2. За время существования гомеопатии, а ей уже скоро 200 лет, развилась и получила большое распространение особая отрасль — ветеринарная гомеопатия. Успешность ее столь велика, что были написаны целые тома на эту тему. Особенно высокую оценку она получила при лечении инфекционных заболеваний у животных, сельскохозяйственных и домашних.

Также замечательно проявили себя гомеопатические потенции при лечении травматических повреждений, которым столь подвержены наши «меньшие братья». Наконец, надо добавить, что имеются солидные исследования и по применению потенций для лечения заболеваний у растений, особенно в сельском хозяйстве. И опять диапазон применяющихся потенций самый широкий, закономерность же выраженности эффектов остается той же.

3. Гомеопатические лекарства быстро и эффективно лечат многие заболевания, при том условии, что правильно применяются, т. е. в правильно подобранных потенциях и в течение определенного, соответствующего потенции, периода. Если это условие не соблюдено, они способны вызывать новые симптомы наряду с устранением старых.

Например, больная Н. по поводу *aspe conglobata* (вид угристой сыпи) получала гомеопатическое лекарство Бром. Угри у этой больной исчезли довольно быстро, но она продолжала прием лекарства, которое ей помогло, как она сказала, «для верности». Через 4 недели у нее появились боли в кончиках пальцев. Точно такой симптом отмечается среди симптомов, вызываемых Бромом при его передозировке. После прекращения приема лекарства боли прошли через несколько дней.

На подобных явлениях основан и метод изучения гомеопатических лекарств. Среди здоровых добровольцев выбирают лиц, чувствительных к исследуемому лекарству, и дают им принимать его в течение длительного времени. При этом могут использоваться либо очень низкие, но материальные дозы вещества, либо потенции (как правило, до 6, иногда 30). Симптомы, которые появляются у испытуемых, протоколируются при помощи специальных опросников и тестов и затем систематизируются. Разумеется, опасность отравления

исключена — вещества как такового или крайне мало, или нет совсем.

Вреда для состояния здоровья такие испытания также никакого не представляют. Сам основатель гомеопатии С. Ганеман проверил таким или подобным образом на себе все гомеопатические вещества, известные тогда, а их насчитывалось к концу его жизни 80, и многие из них по нескольку раз (прожил же он до 89 лет, а на 80-м году женился повторно).

Практически все врачи и после него и по настоящее время продолжают то же в научных или учебных целях, отличаясь при этом завидным здоровьем и долголетием. Кстати говоря, состояние, которое развивается при длительном приеме потенцированного вещества, получило наименование «искусственная болезнь». Ганеман придавал большое значение ее вытесняющему действию на настоящую или естественную болезнь.

4. Когда больному хроническим заболеванием назначается гомеопатическое лекарство, достаточно частым явлением бывает развитие у него состояния, посящего наименование «кризис выздоровления» или по-другому «первичное ухудшение». А именно в самом начале лечения хронического заболевания (и особенно важно подчеркнуть, что оно хроническое, т. е. глубоко укоренившееся в организме человека) происходит некоторое усиление имеющихся у него симптомов, а кроме того, часто появляются и симптомы тех заболеваний, которые имели место у него в далеком прошлом или же непосредственно предшествовали появлению данного заболевания.

Например, больная Л., лечившаяся по поводу хронического холецистита, при первых же приемах гомеопатического препарата отметила появление у нее явления одышки, нехватки воздуха, затруднения выдоха. В детстве эта больная страдала бронхиальной астмой, которая с наступлением переходного возраста (в 13 лет) у нее самостоятельно прекратилась. Появившееся у нее состояние она восприняла как возврат старой болезни. Однако через 3 дня эти явления стали затихать и совершенно исчезли к 5-му дню. После этого наступило стойкое улучшение ее основного заболевания.

Конечно же, если речь шла о действии плацебо-эффекта или о каком-либо ином психотерапевтическом воздействии, то обострения симптомов никогда бы не наблюдалось. Плацебо способны иногда вызвать улучшение состояния больных, но, как правило, на не очень продолжительное время, и уж ни о каких отрицательных реакциях говорить в таких случаях не приходится. Что касается острых заболеваний и состояний, то появления таких феноменов для них не характерно. При них либо сразу наступает положительный эффект, если назначение сделано правильно, либо никакого эффекта от лекарства не наблюдается.

Таковы основные эмпирические данные, и, как видим, у гомеопатов имелись достаточные основания называть свои «микродозы» потенциями. К сожалению, в распоряжении науки пока нет объясняющих феномен потенций данных. Некоторые теории и гипотезы еще предстоит рассмотреть в будущем. Сейчас достаточно сказать, что для практики они имеют лишь вторичное значение. Большинство врачей использует потенции потому, что они действительны, и это лучший довод в их пользу. Поэтому, отложив пока разговор о теориях, рассмотрим одну аналогию, которая, быть может, поможет читателю получить некоторое представление о характере действия гомеопатических

лекарств, дать по крайней мере его идею.

Если на одной из октав фортепиано произвести звук, скажем, ноты ДО, то струны аналогичных клавиш ДО в других октавах начнут вибрировать. Даже на другом инструменте и в другом конце зала струны клавиш ДО будут вибрировать. Это происходит по той причине, что колебания, которые струны этих клавиш сами могут производить, подобны тем, что они восприняли. Такое подобие и явилось причиной их повышенной восприимчивости или чувствительности к исходным колебаниям.

И точно так же гомеопатические средства вызывают лечебное действие в том и только том организме, в котором патологическое состояние подобно вызываемому этим средством при его передозировке. Только тогда имеется подобие и реакция на потенцию, и тем она сильнее, чем потенция выше. Именно в таком понимании микродозы являются потенциями, и серия разведений способствует потенцированию, т. е. наделению лекарственного вещества могуществом. Если же подобия между лекарственными симптомами и симптомами болезни нет или оно недостаточно, то нет и потенции, т. е. могущества лекарства, и есть плацебо.

Индивидуализация

Мы знаем уже, при передозировке каждое вещество, которое используется для приготовления гомеопатических лекарств, вызывает определенную совокупность симптомов. Они могут относиться к самым различным областям жизнедеятельности организма. Это и психоэмоциональная сфера, и система дыхания, пищеварения, мочеиспускания, кожные проявления и т. д. Совокупность таких симптомов для каждого лекарства называется его гомеопатическим патогенезом. Очень часто на одну и ту же область организма может оказывать влияние целый ряд лекарств, в соответствии с симптомами своих патогенезов.

Но организм больного будет к какому-то из лекарств максимально чувствителен, к другим менее, а к прочим и вовсе нечувствителен. Это зависит от степени подобия не только симптомов того или иного заболевания симптомам какого-то патогенеза, но от других, сопутствующих или предшествующих этому заболеванию симптомов состояний, совпадающих с симптомами искомого патогенеза. Чем выше степень сходства симптомов больного и симптомов лекарственного патогенеза, тем сильнее чувствительность больного к лекарству и эффективнее целительное действие последнего.

Нередко к врачу приходят с каким-то одним заболеванием. При беседе выясняются и другие недуги, сопутствующие или предшествующие. И сам факт их наличия, и отличительные черты их проявлений очень важны. Они помогают выбору среди многих наиболее подобного, а следовательно, наиболее эффективного. Поэтому так важен в гомеопатии индивидуальный подход к каждому больному, так важны все его индивидуальные, только ему присущие особенности и реакции, вкусы, настроения и даже сны.

Так уж сложилось в современной медицине: ортопед лечит одно, гастроэнтеролог — другое, невропатолог — третье. Каждый специалист лечит нарушения в своей области и ставит диагнозы, соответствующие своей специальности. Но это примета не только сегодняшней медицины. Еще Ф. Шюллер (врач по образованию) писал: 21

«У каждого для каждой части тела полагается свой особый врач, а больной все-таки погибает из-за избытка докторов». Разумеется, существование узкой специализации имеет свои веские доводы и является оправданным.

Подробного знания обо всем не сможет вместить ни один врач, особенно в наше время. А когда не удастся понять характера патологии, не говоря о назначении лечения, то роль узкоспециализированного эксперта становится ключевой. Пишущий эти строки сам в свое время специализировался в такой узкой области медицины, как гепатология (острые и хронические заболевания печени и желчевыделительной системы).

Для каждого искусства и ремесла имеется свое «орудие производства». У художника — кисть, у писателя — слово, у специалиста по акупунктуре — набор игл, у хирурга — скальпель. Для гомеопата индивидуализация на основании широкого подхода к больному — это инструмент его деятельности. И конечно же, чем больше в его распоряжении точных знаний о больном, тем точнее и эффективнее лечение.

В этом смысле гомеопатию правильнее рассматривать не как альтернативную медицину, конкурирующую со «школьной», общепринятой, точнее было бы ее воспринимать как медицину комплементарную, т. е. дополняющую и союзную. Когда-нибудь так и будет, а сейчас несколько иллюстрирующих примеров, которые, быть может, позволят лучше себе представить, что такое индивидуализация в действии.

Больная Е., 41 год, обратилась с жалобами на кожный зуд, распространенный по всему телу. Его отличительные особенности: сильнее выражен на коже ладоней, стоп и голеней. Зуд в достаточной мере интенсивный, но к вечеру и ночью усиливается, делаясь нестерпимым, из-за чего сон у больной совершенно нарушен. Временное облегчение приносят ванны с теплой водой. Других жалоб нет, при осмотре отклонений нет.

Но при обследовании на основании данных лабораторно-инструментальных исследований и морфологии выявлен хронический холестатический гепатит с явлениями трансформации (т. е. перехода) в цирроз печени. При более подробном собеседовании установлено, что зуд появился 2 года назад. Предшествовали зуду простуда и обострение хронического фарингита, которые лечила домашними средствами (полоскания, тепловые процедуры). Медикаментозного лечения всегда стремилась избегать. Но затихании простудных явлений, спустя некоторое время, появился зуд, которому вначале значения не придавала, так как был не сильный и временами надолго затихал. Такой степени агрессивности достиг лишь в последние 2—3 месяца.

Если ориентироваться только на эти данные, характерные в достаточной мере и сами по себе, то уже нетрудно прийти к нужное гомеопатическое лечение. При дальнейшем уточнении однако выяснилось, что на протяжении многих лет страдала некоторыми нарушениями, связанными с менструальным циклом и хроническим, часто обострявшимся фарингитом. С момента появления зуда оба недуга практически перестали беспокоить.

Если бы последние сведения не были учтены, терапия не принесла бы никакого результата, как сначала и случилось. И только когда было подобрано лекарство с учетом особенностей последних двух заболеваний, удалось получить стабильную ремиссию и снять зуд. Но к этому лекарству чувствительна только данная больная, ни один больной с таким же наименованием диагноза скорее всего не получил бы от него сколь-нибудь значи-

тельного облегчения. С другой стороны, очень и очень многие получили излечение от этого же препарата, будучи больны совершенно другими болезнями. Такова гомеопатия.

Другой случай: больная, страдающая в течение 20 лет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Кроме ряда характерных для проявления ее основного заболевания особенностей, у больной выявлена фобия высоты: не переносит пребывания на высоких этажах, не может пользоваться Аэрофлотом, не может мыть окна и т. д. Пребывание на высоте вызывает ряд невротических реакций.

Именно это сочетание, казалось бы имеющих между собой мало общего заболеваний, способствовало выбору наиболее подобного лекарства, в патогенезе которого имеются и симптомы, связанные с проявлением язвенной болезни и с фобиями, в том числе и данной — страха высоты. И опять же это лекарство может оказаться полезным многим больным с совершенно другими заболеваниями и не болевшими никогда язвенной болезнью.

Больной А., 21 год, жалобы на повышенную потливость в подмышечных областях, «пот буквально струится по рукам и телу», по словам больного. Усиленная потливость проявляется особенно выражено в утренние и дневные часы. А вечером, и больной даже называет точный час — 19 часов, — потливость прекращается. Никаких факторов, могущих провоцировать такую потливость (стрессы, физическое переутомление, болевые ощущения), больной не отмечает. Зато неоднократно отмечал, что при попадании в условия с повышенным режимом физических нагрузок такая необыкновенная потливость исчезает (например, во время военных сборов, во время туристических походов и т. д.) Болен в течение 5 лет.

Сопутствующим недугом являются юношеские угри (безболезненные и незудящие, на лице и шее главным образом). Также имеют место в течение уже 5 лет. Если заглянуть в специальную справочную литературу (такие справочники-указатели симптомов носят название «реперториум»), то и для одного и для другого патологического состояния можно установить целый ряд препаратов выбора. Так, под симптомом «подмышечный пот»: Ацидум питр., Калькарея карб., Бовиста, Калп калб., Ликоподий, Натрий мур., Фосфор, Сепия, Силиция, Сульфур. Юношеские угри: Ацид. сульф., Агарикус, Аурум, Карбо аним., Каустик; Кали бром, Калп йод и др.

Существует, например, такой способ гомеопатического лечения: комбинация лекарств в количестве от 3 до 8, иногда и больше, дается больному в виде смеси или по четко рассчитанному графику приемов в течение дня. Обычно все эти лекарства употребляются в 3х — 6 потенциях, обходя, таким образом, не очень глубоким действием, и подбираются в соответствии с имеющимися у больного болезнями. Так имеются комбинации для прорезания зубов, от кашля, от бессонницы, от простуды, от боли в пояснице и многие другие. Очень многие впервые познакомились с гомеопатией через такие комбинации.

Достаточно часто это вполне положительный опыт. Но как правило, это имеет отношение к довольно банальным случаям, хотя метод лечения тоже по-своему основан на индивидуализации. Для острых неопасных патологических состояний этот метод даже удобен, потому что позволяет быстро, почти не задумываясь, принять меры к их устранению. Мы также будем рассматривать такие смеси-комплексы. Хронические же, глубоко

ускорившиеся состояния обычно слишком своеобразны по проявлениям для такого метода, как этот.

Так и в нашем случае при более подробном расспросе больного выяснилось, что вплоть до 15 лет он страдал аллергическим насморком, со своей своеобразной и ярко выраженной симптоматикой. Это заболевание практически перестало его беспокоить с 16 лет, т. е. с тех пор, как появилась потливость и угри. Этот факт внес решающее дополнение в индивидуальную карту больного.

Последний пример: больная сообщила, что в течение многих лет страдает приступообразной головной болью. Перед приступом начинается мельканье в глазах, затем появляется головная боль, концентрирующаяся в области лба, отдающая к носу, проникающая постепенно все глубже внутрь, при этом появляется нарастающая тошнота, рвота. На высоте головной боли появляются обильные и частые мочеиспускания и наступает улучшение.

Эта характерная симптоматика имела редкостное сходство с патогенезом одного гомеопатического средства, которое было должным образом ей назначено, но без ощутимого облегчения. И только при уточняющем собеседовании удалось выяснить, что в прошлом до появления данного заболевания она страдала повышенной раздражительностью, была несдержанна, легко «срывалась». В последующем ей удалось перевоспитать себя. Однако спустя некоторое время появились головные боли. Учитывая это дополнение, ей было назначено средство, приведшее к излечению.

Эти примеры, я думаю, достаточно иллюстрируют идею гомеопатического индивидуального подхода. Подавляющее большинство хронических состояний имеют в своих «глубинах» столь необходимые отпечатки неповторимости. Надо только их увидеть. И больной здесь по-настоящему может выступать как союзник, действующий с врачом на равных, а не как пассивный, всему покорный и со всем согласный маленький человек, отданный во власть «бога» в белом халате.

Но так обстоит, как уже говорилось, с хроническими заболеваниями. Как успел, наверно, заметить читатель, для гомеопата болезни делятся на острые и хронические. Острые — это состояния недавние, быстро и остро протекающие и постоянно изменяющиеся. Хронические связаны с более глубинными процессами, они то и дело повторяются, и течение их не столь драматично. Прочие особенности течения, как-то: вялое течение, злокачественное, доброкачественное или подострое течение — для гомеопата имеют отношение уже не к болезням, а к больным людям и к выбору лекарств для больных, а не для диагнозов.

Так вот, острые патологические состояния не успевают, как правило, приобрести еще неповторимость в такой степени. Особенно хорошо это видно на примере, где на основании причин и характера повреждений их проявления могут быть сгруппированы по типам: переломы и соответствующие им, способствующие лучшему заживлению и сращению средства, вывихи, растяжения, ушибы — и им соответствующие средства и т. д. Причем это относится часто не только к травмам физическим, но и душевным: испуг, горе и т. д.

ТРАВМЫ ФИЗИЧЕСКИЕ

За регулярные физические тренировки в той или иной форме существует множество доводов. Они улучшают сердечную деятельность и кровообращение. Увеличивают силу и выносливость мышц, укрепляют кости, помогают сбросить лишний вес, увеличивают гибкость и трудоспособность, обостряют мыслительные способности и повышают эмоциональный тонус. А многие упражняются просто ради радости упражнения, ради «мышечной радости», которую они могут принести. Как говорил один чемпион марафонских забегов: «Я только подумаю о том, чтоб надеть мои тапочки для бега, все тело охватывает какое-то двигательное наслаждение».

Каковы бы ни были причины, побуждающие заняться спортом, будем помнить и об определенных издержках и факторах риска, связанных просто с любой формой регулярных физических тренировок, будь то атлетическая гимнастика, аэробика, бег трусцой. Травматизм при них — явление столь обыденное, что не уступает по частоте, скажем, бытовому травматизму или производственному. И речь идет не о большом спорте, а о такой, казалось бы, невинной вещи, как бег трусцой. Подсчитано, например, с бегом трусцой связано до 85% спортивных травм. Средний приверженец ее получает 2—3 травмы в год. Двое из трех поклонников трусцы получают ту или иную травму каждый год. Это и растяжение связок, коленных и голеностопных суставов, и их подвывихи и вывихи, и ушибы от падений.

Но процент травм высок не только у бегающих трусцой. Немало их и среди стремительно растущего числа поклонников, а особенно поклонниц, аэробики. Так, в недавно проведенном исследовании процент травматизма среди инструкторов по аэробике, у людей опытных и тренированных, тревожно высок — 75,9%.

Как видим, от травм никуда не уйти даже при занятиях физической культурой. А если отказаться от нее, то нужно уже заранее обзаводиться хорошим и знающим специалистом-медиком, потому что тогда к его помощи придется точно прибегать: современный человек без движений — инвалид.

Что же, травмы — это как раз та область, где гомеопатические препараты в строгой индивидуализации не пугаются, если прибегнуть к ним своевременно. Рассмотрим основные из них в данном случае

Арника (арника горная)

Применяется при многих видах травм. Действие этого средства имеет особое влияние на капилляры, мельчайшие кровеносные сосуды, которые имеются в любой ткани и органе, оплетая их сеть, которая называется «капиллярная сеть». Они очень мелкие, видны бывают под микроскопом и поэтому проникают всюду. Любая травма — ушибы, растяжения, вывихи, переломы, ожоги и так далее, всегда связана с их повреждением, даже самые незначительные, не говоря о сильных. При этом поврежденная капиллярная сеть может быть и самостоятельным и одним из составляющих травматического повреждения.

В свою очередь, заживление и восстановление капиллярной сети может быть и самостоятельным и одним из составляющих травматического повреждения.

В свою очередь, заживление и восстановление капиллярной сети в поврежденной ткани — один из ведущих моментов, обуславливающих выздоровление: в поврежденной капиллярной сети восстанавливается нарушенное кровообращение, и поврежденный орган или ткань (например, костная при переломе) начинают получать необходимые продукты для скорейшего заживления и восстановления своей функции. Это можно уподобить процессу восстановления какой-нибудь разрушенной военными действиями территории: без восстановления транспортных путей не может полноценно наладиться и жизнедеятельность на этой территории.

Отсюда широкое применение Арники, специфически вызывающей повреждение капилляров при передозировке и восстанавливающей их при употреблении в потенциях.

При ушибах, сотрясениях, растяжениях, вывихах, переломах — это первое средство, и теперь понятно почему. Оно может употребляться как самостоятельно, так и в сочетании с другими лекарствами, гомеопатическими и негомеопатическими. В прошлом она была народным средством от ушибов и кровотечений, но действие ее основано все равно на гомеопатическом принципе.

Надо заметить, что, кроме потенцирования, как оно было описано в этой статье, существует еще феномен потенцирования или динамизации веществ естественным путем, т. е. в кровяном русле. Поэтому, если организм в силу тех или иных причин чувствителен к какому-то веществу и оно попадает в его кровь, то там по мере многократного циркулирования с кровью оно потенцируется как бы естественным образом, оказывая по мере возрастания потенции свое целительное действие.

Многие народные средства и травы, не только Арника, нашли свое применение именно благодаря этому, а не какому-то «чудодейственным» веществам, входящим в них. Поэтому Арнику можно применять в чистом виде и с тем же эффектом.

Арника находит свое применение и при ожогах, но это относится к ожогам I степени, т. е. когда имеется только покраснение, а не волдырь.

Перетренировка мышц — еще одна важная сфера ее действия. Здесь она показана, когда в мышцах после физических перегрузок появляются боли, ломота и разбитость. Она может быть использована и для профилактики этих состояний при помощи приемов внутрь заранее... Кроме того, Арника предотвращает появление мышечных судорог (хорошо известных пловцам и бегунам), так как способствует улучшению именно капиллярного кровообращения, которое страдает под влиянием холода и кислородного голодания. Профилактическое применение внутрь как нельзя эффективно здесь.

Хотелось бы наконец добавить следующее в отношении использования как Арники, так и нижеследующих лекарств. Употребление их при травмах гораздо шире и относится не только к спорту. Читателю рекомендуется сделать из этого самостоятельные выводы.

Применение: обычно используются 3х — 3 для приемов внутрь по 5—7 горошин на прием (3—4 раза в день в течение 3—7 дней после травмы или 1—3 профилактических приема). Как видим, рекомендуются невысокие потенции, потому что, чем выше потенция, тем индивидуальное показание. Местно Арника может употребляться в виде 24 мази или раствора, приготовленного из горошин

таким образом: 10—15 горошин на 1/2 стакана тепловатой воды. Кусок ваты или марли смачивается в растворе и прикладывается к поврежденному месту.

Беллис (маргаритки)

Средство это находит свое употребление при ушибе мягких тканей и образовании гематом. Это относится к ушибам мышц, молочных желез.

Применение: 3х — 3 местно в виде компрессов из раствора Беллиса. Способ приготовления раствора см. выше. Делаются также и внутренние приемы (способ тот же). Может употребляться в чередовании с Арникой (местно и внутрь).

Рута (рута пахучая)

Применяется, напротив, при ушибах и повреждениях надкостницы и кости, что бывает при падениях, ушибах, переломах. Способы применения — см. выше. Используются 3 и 6-я потенция.

Симфитум (окопник)

Средство это применяется, во-первых, при травме глазного яблока, во-вторых, оно стимулирует образование костной мозоли после переломов. Обычно применяется после Руты в течение длительного времени (1, 2, 3 недели), если речь идет о переломе. При травме глазного яблока может сочетаться с Арникой и Беллисом — внешние и внутренние приемы.

Способы применения подобны тем, что и у предыдущих препаратов. Надо сказать, что в гомеопатии предпочтение отдается внутренним приемам, принимая во внимание процесс естественной динамизации. Местные приемы имеют вторичное значение. Симфитум обычно используется в 3х — 3.

Рус (плющ ядовитый)

Средство это оказывает специфическое действие при повреждении соединительных тканей и воспалительных процессах в них. Применяется при растяжении связок и мышечных сухожилий (как то бывает при перетренировках, от подъемов больших тяжестей и т. п.). На первом плане жалобы не столько на боли, хотя они есть, сколько на вялость, чувство разбитости, ломоту и, главное, скованность в членах.

Особенно характерна скованность: после пробуждения бывает трудно осуществить первые движения в поврежденных суставах, или мышцах, или пояснице. По мере движения в них скованность уменьшается и наступает временное улучшение. Но затем появляется утомление, и все усиливается еще больше. Для тех, кто перетренировался, получал растяжения, «надрывал поясницу», эти симптомы очень хорошо знакомы.

Применение: обычно в виде мази Руса и внутрь в 6 разведении, как правило. Можно чередовать с использованием Арники.

Апис (пчела медоносная)

Рекомендован препарат при тех состояниях, где, напротив, на первый план выступают выраженные жгучие боли в мышцах после физических

перезрузок. Обычно Апис 3 или 6 — приемы
внутри в течение 1—2 дней по 3 раза в день.

Гиперикум (зверобой)

Показан при травмах нервов: их сдавлениях, ушибах, растяжениях. При этом появляются стреляющие боли. Кроме того, может применяться при ушибах в областях, очень богатых нервными окончаниями (например, ушибы и разможения ногтей, при повреждениях спинны). Рекомендуются в виде мази местно и внутренних приемов в 3 или 6 потенции.

Календула

Это хорошо известное и за пределами гомеопатии лекарство, обладает тем не менее гомеопатическим действием. Употребляется при различных ранах, порезах, разможениях мягких тканей, ожогах. Способы приема подобны таковым у Арники, местно и внутри 3х — 3. Выпускается также мазь календулы.

Несколько слов об ожогах. Серьезные ожоги требуют вмешательства специалиста. Но ожоги I и II степени могут быть облегчены самостоятельно. Лечение их посвящено столько рекомендаций различных медицинских школ, что, казалось бы, излишне давать еще и гомеопатические. Все же вот один метод, который сам по себе еще и неплохая иллюстрация идеи лечения подобного подобным.

Это не медикаментозный метод. Предлагается использовать физический фактор, который положен по своей природе вызвавшему ожог, т. е. тепло. Но это подобный фактор. Поэтому, если ожог от огня (т. е. от сухого тепла), то для снятия его, при условии что он не сильный (т. е. в виде покраснения кожи), подставьте обожженную поверхность под теплую воду температурой 38—40° и подержите 2—3 минуты. Через несколько секунд боль сначала усилится, а затем внезапно исчезнет полностью, а немного спустя исчезнет и покраснение.

Можно воспользоваться и ванночкой с приблизительно-такой же температурой воды. Если ожог вызван горячей водой, то обожженную часть подержите рядом с источником сухого тепла (у огня от газовой плиты, у электрообогревательного прибора и т. п.).

Кроме Арники или Календулы, при ожогах используется еще Кантарис 3 или 6. Он подходит больше к ожогам II степени, когда, кроме покраснения, имеется еще и волдырь. Применение местно и внутри по тем же принципам, что и для прочих препаратов.



К СВЕДЕНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ!

Чем примечателен Новый, 1991, год в свете западной астрологической традиции? Это год Меркурия, благоприятствующий развитию торговли, культурного обмена и повышению роли критической публицистики, средств массовой информации в формировании общественного мнения. Успех в год Меркурия обеспечивается предприимчивостью, поездками, договорами, соглашениями, контрактами. Усилится миграция в экономически развитые районы, вероятность удачных квартирных обменов возрастает.

Год Меркурия благоприятен для профессий, требующих искусных рук и живости воображения. Хотя вероятны значительные события в литературе, театре, кино. Процветать будут в основном легкие жанры. Отрицательные тенденции года Меркурия — стремление «тянуть одеяло на себя», повышенная нервность, безответственное манипулирование доверием масс, склонность к мелкому жульничеству в повседневности и рост числа краж и хищений.

В климатическом отношении год Меркурия отличается неустойчивостью погоды, активной вулканической деятельностью, возможностью землетрясений. По большому циклу лунных приливов вероятно засуха в районах, подверженных ей. Год благоприятен для пчеловодов и лесоводов. Можно ожидать хорошего урожая овса, бобовых культур, моркови, укропа, петрушки, ромашки, валерианы, лаванды. Цветоводам повезет в разведении гиацинтов и маргариток. В домах следует опасаться размножения муравьев, вероятен всплеск поголовья змей.

Что касается здоровья населения, следует ожидать повышения вклада таких болезней, как неврозы, гайморит, фронтит, заболеваний органов дыхания (и голосовых связок), на спаде солнечной активности поднимают голову холера и брюшной тиф — пейте только кипяченую воду, не ешьте невымытых овощей и фруктов. Возможен рост травматизма рук и ног. Следует иметь в виду повышенную склонность малышей к аллергии и кожным высыпаниям. В 1991 году:

ОВНУ повезет в партнерстве, любви и в сфере творчества.

ТЕЛЕЦУ — в повышении квалификации и образовательного уровня.

БЛИЗНЕЦАМ — в повышении материального благосостояния.

РАКУ и ЛЬВУ удастся достичь поставленной цели.

ДЕВЕ «светит» увеличение зарплаты.

ВЕСЫ получают большое удовольствие и ощутимую пользу от общения с друзьями и «полезными» знакомыми.

СКОРПИОН получит, наконец, разрешение хотя бы одной из своих личных проблем.

СТРЕЛЕЦ расширит свой кругозор и, возможно, укрепит свою материальную базу в результате далекого путешествия или встреч с людьми, приехавшими издалека.

КОЗЕРОГУ предстоит нелегкая задача улучшения своего быта и укрепления позиций на работе, решение которой может быть связано с переменой места жительства или работы.

ВОДОЛЕЮ — весьма вероятно продвижение по службе, придется столкнуться с тайной завистью соперников.

РЫБАМ весь год будут представляться самые разнообразные соблазнительные перспективы, но главная задача это не стараться объять необъятное, не подорвать свое здоровье.

Ф. ВЕЛИЧКО

АСТРОЛОГИЧЕСКИЙ ПРАКТИКУМ

Запятно VIII

Занятие ведет Ф. К. ВЕЛИЧКО

ОПРЕДЕЛЕНИЕ «СЕРЕДИНЫ НЕБА»

Звездный час рождения («Твое здоровье» № 8 за 1990 г.) понадобится нам сейчас для определения «середины неба» МС (от лат. «Medium coeli») — вершины [начала] X астрополя, характеризующего одну из важнейших сторон нашей жизни — нашу социальную реализацию, карьеру, репутацию, честь, общественное призвание. По знаку зодиака, в который попадает МС, мы судим о том, как оптимальным образом завоевать «место под солнцем», определить свое общественное призвание, свою функцию в обществе, как использовать социальные связи для продвижения по пути успеха, МС дает целевую ориентацию в жизни.

Для читателей, владеющих навыками тригонометрических вычислений и калькуляторами класса не ниже «Электроника БЗ-36», приведем основную формулу расчета

$$\lg MC = \lg \theta / 0,917477 \text{ или } MC = \arctg (\lg \theta / 0,917477),$$

(1)

где θ — звездное время рождения, переведенное в градусную меру (из расчета 1 ч = 15°, 1 мин = 15', 1 сек = 15 дуги), а число в знаменателе — косинус угла наклона земной оси. Этот угол для простоты будем считать постоянным, так как он меняется всего на 47 секунд дуги в столетие.

Для тех, кто не имеет ни времени, ни тригонометрических таблиц, даем упрощенную таблицу соответствия звездного часа рождения S и положения МС. Вам придется лишь применить метод пропорций. [Значение S рассчитайте с помощью таблицы, приведенной на с. 32 «Твое здоровье», № 8/90]. Например, для S = 18 ч 47 мин 3 с мы берем два значения: 18 ч МС = 270° и 19 ч МС = 283,81. Разница: 283,81 — 270 = 13,81.

Переведем наше S в десятичную дробь: 18 ч 26 мин 3 с = 18 ч + [26,05 : 60] = 18,44. Разница между 18,44 и 18 равна 0,44. Разница между табличными значениями времени [18 и 19] равна 1. Решаем пропорцию:

$$13,81 — 1$$

$$x — 0,44$$

$$x = [0,44 \times 13,81] : 1 = 6,08$$

Значит, 6,08 мы должны прибавить к МС = 270 [для 18 ч], получаем МС = 276,08. Вычисленное по формуле (1) точное значение МС = 275,97. Ошибка, как видим, ничтожная.

Чтобы узнать, в какой знак Зодиака попадет найденное нами МС, вспомним, что вершина Овна — 0, Тельца — 30, Близнецов — 60, Рака — 90, Льва — 120, Девы — 150, Весов — 180, Скорпиона — 210, Стрельца — 240, Козерога — 270, Водолея — 300, Рыб — 330 градусов. Видим, что 276° это 6° Козерога. МС в Козероге говорит о том, что подъем по социальной лестнице будет медленным, но верным, и в зрелом возрасте человек создаст себе прочное положение.

А вот что означает МС в знаках Зодиака:

В ОВНЕ — глубокое желание достичь общественного признания, активная вовлеченность в карьеру, профессию, но смутные представления о целях и средствах их достижения. Нужно поставить себе реальную 26 достойную цель и настойчиво к ней стремиться.

В ТЕЛЬЦЕ — цель карьеры — изобилие в доме, накопление материальных благ через профессию. Желание престижа и авторитета. Отношение к работе серьезное, признание приходит через профессиональные успехи. Требовательность к подчиненным. Человек справедлив, но и причитающегося ему за работу не упустит.

В БЛИЗНЕЦАХ — успех через контакты, гибкость ума и разносторонность интересов. Человек обычно овладевает несколькими профессиями, монотонная работа ему противопоказана, хорошо работает в коллективе. Лучшее занятие — связанное с коммуникациями и переменами — журналист, секретарь, библиотекарь, программист, писатель, издатель, агент по снабжению.

В РАКЕ — карьера через работу с людьми. Человек умеет взаимодействовать с публикой, потрафлять желанию народа. Многие взлеты и падения в карьере. Сильное влияние матери на выбор поля деятельности. Эмоции пронизывают карьеру. Сильное чувство ответственности и долга. Активный общественник.

В О ЛЬВЕ — успех через руководящий пост, как угодно маленький. Стремление к власти и личному престижу, желание сделать себе имя, достичь признания. Большое честолюбие, организаторские способности, тяготение к лидерству. В упряжке ходить не любит. Для успеха должен научиться делиться достигнутым с теми, кто ему помогает.

В ДЕВЕ — карьера понимается и выбирается как служение обществу. Человек не жаждет быть центром внимания. В работе стремится выявить, создать, сообщить нечто важное для всех. Стремится к совершенству, на него трудно угождать. Лучше всего, когда профессия связана с большой, мощной организацией. Успеху может мешать излишняя критичность, стремление обличать язвы общества, невзирая на последствия.

СООТВЕТСТВИЕ ЗВЕЗДНОГО ВРЕМЕНИ И ПОЛОЖЕНИЯ МС

S в часах	МС в градусах	S в часах	МС в градусах
0	0	—	—
1	16,28	13	196,28
2	32,18	14	212,18
3	47,47	15	227,47
4	62,09	16	242,09
5	76,19	17	256,19
6	90,00	18	270,00
7	103,81	19	283,81
8	117,91	20	297,91
9	132,53	21	312,53
10	147,92	22	327,82
11	163,72	23	343,72
12	180,00	24	360,00

В ВЕСАХ — успех идет через арбитражные, правозащитные профессии или занятия, связанные с экспертной оценкой. Острое чувство справедливости делает человека хорошим судьей или работником ОТК. Он жаждет общественного признания, не предаст соратников и всех, кто помог ему в продвижении, дорожит своей репутацией. Преуспеет везде, где требуется тактичность, дипломатический талант, объективное суждение.

В СКОРПИОНЕ — успех через живое, активное, всепоглощающее дело, требующее настойчивости и энергии. У человека сильное чувство волеизъявления в жизнь, желание подчеркнуть свою индивидуальность, стремление настоять на своем. Недоверчивость к получаемой информации делает его отличным исследователем, контролером, ревизором, детективом. Умеет искать и находить.

В СРЕЛЬЦЕ — успех во всем, связанном с пропагандой и агитацией, несением идей в массы, будь то идеология, реклама или воспитание молодежи. Влечение к исследованиям, стремление учить и учиться, способности к популяризации, литературные потребности. Главное, чтобы идеалы не уходили от реальности.

В КОЗЕРОГЕ — успех гарантирует неуклонное стремление к цели, воля к достижению ее, к овладению жизнью. Часто выбирает специальность, связанную с работой в одиночку. Для гармоничной жизни необходимо, чтобы стремление к успеху не превратилось в карьеризм.

В ВОДОЛЕЕ — поставленные цели достигаются через влиятельных друзей в специальностях, связанных со всем новым. Человека отличает потребность в реформах, страстное стремление к изменениям, к социальной справедливости. Он ориентирован на группу, стремится работать в коллективе, наибольший простор его способностям предоставляют многоцелые, большие организации. Как правило, достигает значительного влияния в избранной сфере, но должен быть верен помогшим ему друзьям. При отсутствии возможности реализации своих способностей может в качестве протеста впасть в шутство.

В РЫБАХ — главное условие успеха — эмоциональная вовлеченность в избранную область деятельности, она должна ему нравиться. Этот человек никогда не уверен, что выбрал правильный путь, отсюда вероятны перемены в направлении карьеры. Его привлекают музыка и драма, в нем чувствуется склонность драматизировать ситуации. С трудом заставляет себя делать рутинную, необходимую сию минуту работу, откладывает, а потом впадает в штурмовщину. Отвлекается на мечты, маниловщину, построение грандиозных, но мало реальных планов. Для успеха его должна вести сильная рука.

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Рассказывает врач-экстрасенс
Евгений Андреевич ТРЕПАКОВ

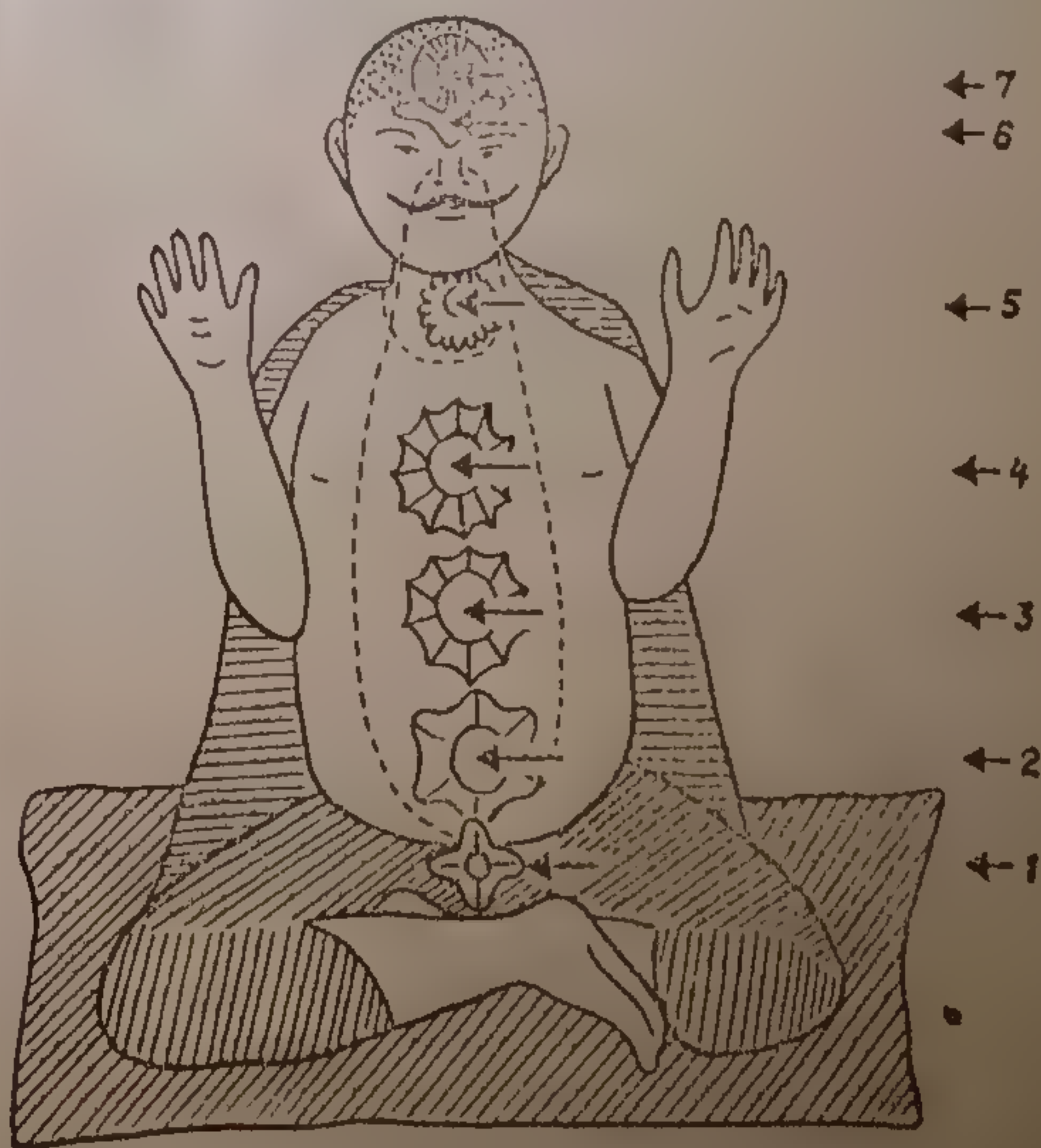
ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ МЕРИДИАНЫ И ЭКСТРАСЕНСОРКА

У человека наряду с общеизвестными физиологическими системами (нервная, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и др.) функционирует энергетическая система, представленная энергетическими меридианами с акупунктурными точками на них, энергетическими центрами (чакрами) и связующими их каналами (нари).

Долгое время европейская медицина не признавала наличие меридианов у человека или, по крайней мере, считала их гипотетическими. Сначала с помощью измерений электрического сопротивления кожи (А. К. Подшибякин, 1952, и др.), а позже, в 1986 г., введением технеция в биологически активные точки (Институт Неккера, Франция) были найдены траектории на теле человека, полностью совпадающие с меридианами, описанными в древнекитайских источниках («Хуанди нэйцзин», V—III в. до н. э.). Таким образом, факт существования меридианов (энергетических каналов) становится очевидным.

Представляет научный интерес сообщение корейских исследователей, возглавляемых Ким Бон Ханом (1962), которые обнаружили систему каналов, совпадающую с энергетическими меридианами. Она представлена тонкостенными тонкими трубочками, видимыми при электронном микроскопировании, заполненными циркулирующей в них «бонхановой жидкостью», содержащей повышенную концентрацию ДНК. В местах расположения акупунктурных точек трубочки имеют утолщения («бонхановы тельца»).

Согласно представлениям восточной медицины у человека имеется двенадцать парных и два непарных (передне- и заднесредний) меридиана, всего — 26 (см. рис.). Название меридиана, как правило, отражает его функцию, но есть и исклю-



живым, где по названию о функции судить трудно (например: IX меридиан перикарда или X меридиан трех частей тела). Основные меридианные функции отражены в приведенной таблице.

Согласно положениям восточной медицины (а они подтверждены данными современной науки) энергия циркулирует по парным меридианам в строго определенном и последовательном порядке. Каждая пара классических меридианов в течение двух часов находится в состоянии наивысшей активности. Это время отражено в таблице и соответствует местному времени, где постоянно проживает пациент. Так, I меридиан легких (Р) имеет время наибольшей активности между 3 и 5 часами утра, а II меридиан толстой кишки (GI) — между 5 и 7 часами утра и т. д.

Время активности, диапазон терапевтического действия, а также энергетический тип (янский, иньский) меридиана учитываются при воздействиях с лечебной целью. Терапевтический успех чаще всего достигается при действии на биологические точки или меридиан в период его активного времени. Если по каким-либо причинам это время упущено, то пользуются рядом правил (мать-сын, полдень-полночь, муж-жена и др.), которые позволяют проводить иглотерапию и экстрасенсорные воздействия практически в любое время суток, но при некоторых заболеваниях бывает более выгодно проводить лечение именно в период активного времени.

Нередко более высокий лечебный эффект достигается при воздействии на акупунктурные точки классических меридианов, если оно сочетается с точками «окон тела» (ушные раковины, ладони, стопы, лицо и т. д.).

Меридианы являются лишь частью энергетической системы человека. Она состоит также из энергетических центров (чакр), расположенных вдоль позвоночника и в головном мозгу, соединительных канальцев — пар, органов приемников-локаторов (как-то: кисти, глаза), а также защитной энергетической оболочки вокруг тела человека, что принято называть аурой. Вся энергетическая система человека, надо полагать, и составляет его биополе.

Таким образом, болезненная критика некоторыми (чаще всего не занимавшимися данной проблемой) понятия и даже термина — биополя — едва ли убедительна и жизненно необходима. Значительно целесообразна исследовательская работа по углубленному изучению данного феномена, а не гипотетическое жонглирование «научными» словами.

Наш организм не только потребитель и аккумулятор космической энергии (первозергии-праны), но скорее автономная биоэнергетическая единица Космоса, как и все живое в нашем земном мире. Все тело пронизано особыми бесконечно малыми канальцами (пар), которых более 700 миллионов. Внешне они себя мало проявляют, поэтому западная физиология попросту их до сих пор не замечала. Все пары собираются к трем главным каналам, тянущимся вдоль позвоночника и названным «йога-пар».

Центральная из них, самая важная, совпадает с локализацией спинного мозга (но это не одно и то же!); начинаясь у основания крестца и заканчиваясь в головном мозгу. Эта йога-пар, называемая «сушумна-пар», внутри себя имеет еще один канал (ваджрапхья), и в нем — третий (читрини). На своем протяжении сушумна-пар как бы пронизывает 7 энергетических центров — чакр, называемых в целом «сат чакра» или «сат чакра» (семь лотосов) и изображаемых с различ-

ным числом лепестков. Данные о чакрах представлены в таблице и изображены на рисунке.

В области чакра аджна с сушумной смыкаются два других йога-пар: правая — пинчала-пар и левая — ада-пар. Обе они начинаются, как и сушумна, в сахасрара-вишну с 1000 лепестками, расположенными в центре мозга. Для совершения любого из «чудесных» действий следует вызвать в себе импульс, движущийся по сушумне от муладхара вверх в сахасрару и возвращающийся по ада и пинчала вниз к муладхаре.

При движении вверх импульс как бы пронизывает собой чакры и активизирует сидящую в них прану. Такое ритмическое движение импульса вверх-вниз раскачивает и нагнетает прану в сахасрару, доводя ее заряд от колоссальной мощности. Затем усилиями воли сгусток энергии направляется на выполнение той или иной задачи, цели, которой хотим добиться.

Космическую энергию мы черпаем из внешнего мира различными путями, но наибольший поток идет с помощью дыхания. Именно поэтому йога и родственные ей системы придают такое большое значение регулировке дыхания — «правильному дыханию», т. е. пранаямам (перевод: обуздание, удержание праны). Упор на дыхание через нос, которого требует Хатха-Йога (Т. Э. Васильев. Начала Хатха-Йоги. — М.: Прометей, 1990), объясняется тем, что именно тогда, через слизистую носа, прана поступает в две йога-пары — пинчалу (правая поздра — положительный ток) и аду (левая поздра — отрицательный ток).

Внешне биополе образует обтекаемую энергетическую оболочку (ауру) вокруг тела человека. У активных в энергетическом отношении людей аура (плотная ее часть) распространяется на 40—100 см от поверхности тела. Некоторые экстрасенсы при соответствующих условиях могут видеть ауру, окрашенную в разные цвета: область головы — золотистая, плечевой пояс и грудь — голубые, нижняя часть туловища, руки и бедра — оливкового (оранжевого) цвета, ноги с коленных суставов и ниже — изумрудные.

В области энергетических центров имеются выбросы энергии, также имеющие свою собственную цветность: от муладхара до сахасрара прослеживается радужный спектр (красный, оранжевый, желтый, зеленый, голубой, синий, фиолетовый). Поток энергии излучается из ладоней, с пальцев рук и ног, а также из глаз. Нередко поток энергии стекает на десятки, сотни метров и даже более.

Возможности распространения психической энергии весьма велики, однако это свойство у каждого человека очень вариативно и зависит от многих причин, но в основном обусловлено наследственными факторами. Функции биополевых выбросов определяются психической деятельностью человека. Психическое состояние человека (бодрствование, утомление и т. д.), эмоциональный настрой, волевые усилия, воздействие ряда медикаментозных средств и т. д. — все это существенно сказывается на биополевом излучении. С другой стороны, по цветности биополевого свечения можно судить о состоянии человека.

Так, ярко зеленый цвет ауры говорит о терпимости к мненьям и верованиям других, умении быстро приспосабливаться к изменяющимся условиям, такте, вежливости, интеллигентности. Желтый цвет с различными оттенками свидетельствует об интеллектуальной силе. Например, ве-

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ДИАПАЗОН МЕРИДИАНОВ

Название меридиана, время наибольшей активности, кол-во акупунктурных точек, вид энергии	Терапевтический диапазон меридиана
I легких (P), 3—5 ч, 11 точек, яньская.	Заболевания дыхательной системы, а также сердечно-сосудистой, боли в обл. плечевого пояса, зябкость, повышенная потливость, лихорадка, кожные болезни.
II толстой кишки (GI), 5—7 ч, 20 точек, яньская.	Заболевания толстого кишечника, воспалительные заболевания по ходу меридиана, заболевания глаз, миндалин, горла, носа, полости рта, зубов, боли в суставах рук.
III желудка (E), 7—9 ч, 15 точек, яньская.	Заболевания желудка: 12-перстной кишки, боли по ходу меридиана (головная боль, зубная, неврит лицевого нерва, межреберная невралгия, боли в суставах ног), гинекологические и психические заболевания.
IV селезенки — поджелудочной железы (RP), 9—11 ч, 21 точка, иньская.	Боли в эпигастрии, подреберье и груди, понос, запор, отсутствие аппетита, желтуха, бессонница, отеки ног, боли в суставах ног.
V сердца (C), 11—13 ч, 9 точек, иньская.	Заболевания сердечно-сосудистой системы, головная боль, нарушения мозгового кровообращения, нарушения функции печени и желчного пузыря, боли в руках, психические заболевания.
VI тонкой кишки (IG), 13—15 ч, 19 точек, яньская.	Заболевания тонкого кишечника, боли по ходу меридиана, а также в затылке и голове, отеки и боли лица и шеи, снижение слуха и нервно-психические расстройства.
VII мочевого пузыря (V), 15—17 ч, 67 точек, яньская.	Заболевания мочевыделительных органов, боли в обл. наружных половых органов, гинекологические заболевания, заболевания легких, сердечно-сосудистой системы, пищеварительной системы, заболевания носа, глаз, головная боль, боль в позвоночнике, боли в суставах ног.

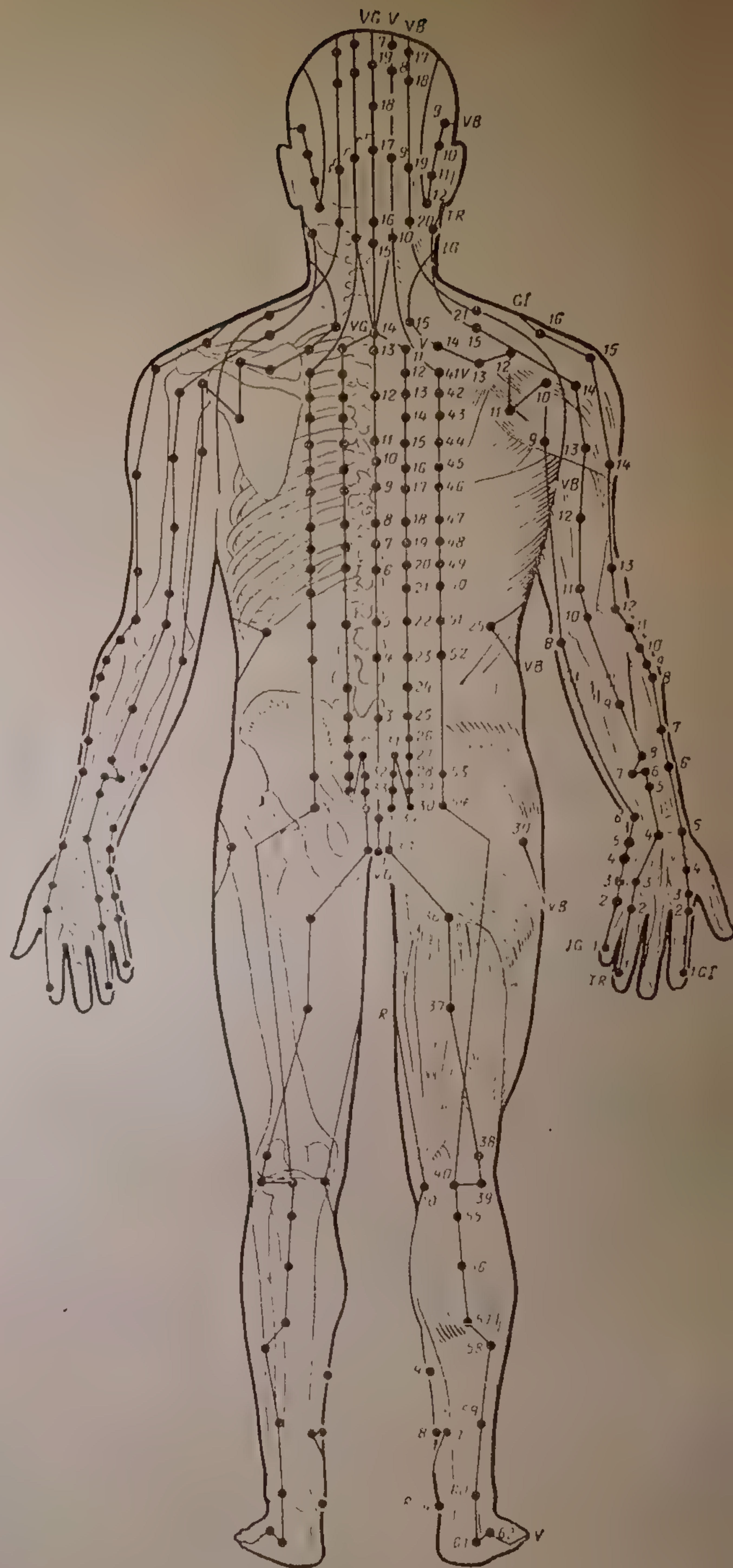
VIII почек (R), 17—18 ч, 27 точек, иньская.	Заболевания мочевыделительных и половых органов (импотенция, фригидность), заболевания внутренних органов, уха, горла, носа, глаз, психические расстройства.
IX перикарда (MC), 19—21 ч, 9 точек, иньская.	Заболевания сердечно-сосудистой системы, боли в грудной клетке с отдачей в позвоночник, боли в желудке, межреберная невралгия, заболевания легких, психические расстройства.
X трех обогревателей, или трех частей тела (TR), 21—23 ч, 23 точки, яньская.	Нарушения терморегуляции, головные боли, боли в обл. шеи, плечевого пояса, рук, ушных раковин, глазных яблок, заболевания придаточных пазух черепа, тонзиллит, психические заболевания.
XI желчного пузыря (VB), 23—1 ч, 44 точки, яньская.	Заболевания желчного пузыря, легких (в том числе астма), головные боли, заболевания уха и носа, заболевания пищеварительной системы, органов малого таза, гинекологические заболевания, нервно-психические болезни.
XII печени (F), 1—3 ч, 14 точек, иньская.	Заболевания печени и пищеварительной системы, головные боли, заболевания горла, глаз, межреберная невралгия, поясничные боли, заболевания половых органов, заболевания мочевыделительной системы, дерматозы, фобии.
XIII заднесредний (VG), 28 точек, яньский.	Заболевания всех основных внутренних органов и систем.
XIV переднесредний (VC), 24 точки, иньский.	Заболевания мочевыделительной системы, пищеварительного тракта, нервно-психические заболевания.

Ярко-тенный золотисто-желтый цвет выражает высокие умственные достижения, широкие и блестящие возможности. Красный цвет в форме ярко-красных вспышек говорит о гневе, а на черном фоне — о злобе. Малиновый цвет, особенно светлые великолепные топа, свидетельствует о любви, соединенной с высокими чувствами.

Из всего сказанного понятно, что энергетическая система человека сложна как структурно, так и функционально. Управление энергией биополя человека позволяет выполнять диагностические и целительные действия. В наше время, когда медикаментозное лечение имеет неудовлетворяющую людей эффективность, а также вредные побочные действия (прежде всего различные формы аллергии), энергетический, экстрасенсорный способ лечения приобретает значительную практическую ценность. Это в свою очередь настоятельно требует углубленного изучения данной проблемы, а не отрицания ее как несуществующей.

САТ ЧАКРА (САТ ПАДМА)

№ п/п	Название чакра	Локализация	Кол во лентелей
1	Муладхара	Уровень крестца и половых органов (центр сексуальной энергии)	4
2	Свадхистхана	Над верхним краем лона	6
3	Манипура	На уровне пупка	10
4	Анахата	На уровне солнечного сплетения (центр физической силы)	12
5	Вишудха	По центру над рукояткой грудины (в ямке)	16
6	Аджна	На уровне начала шейных позвонков	2
7	Сахасрара	Примерно под тем местом, где волосы на макушке образуют завиток, в центре головного мозга	1000



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ (Оценочная шкала социальных изменений)

Подчеркните ДА, НЕТ в каждом жизненном событии, которое произошло с вами в течение последнего года

Смерть супруга	ДА НЕТ	100	Выдающееся личное достижение	—»—	26
Развод	—»—	73	Супруг начинает или перестает работать	—»—	26
Смерть близкого члена семьи	—»—	63	Начало или окончание школы	—»—	26
Личная травма или болезнь	—»—	53	Изменение условий жизни	—»—	25
Женидьба	—»—	50	Изменение жвзненных привычек	—»—	24
Увольнение с работы	—»—	47	Неприятность с начальством	—»—	23
Примирение с супругом	—»—	45	Изменение часов или условий работы	—»—	20
Уход на пенсию	—»—	45	Смена места жительства	—»—	20
Изменение здоровья члена семьи	—»—	45	Смена школы	—»—	20
Беременность	—»—	40	Смена привычек отдыха	—»—	19
Сексуальные осложнения	—»—	39	Изменение религиозных привычек	—»—	19
Прибавление семейства	—»—	39	Изменение социальных привычек	—»—	18
Изменение рабочего статуса	—»—	39	Закладная или ссуда менее 10 000 рублей	—»—	17
Изменение финансового статуса	—»—	38	Изменение привычек сна	—»—	16
Смерть близкого друга	—»—	37	Изменение количества семейных праздников	—»—	15
Изменение профиля работы	—»—	36	Изменение привычек в еде	—»—	15
Изменение количества конфликтов с супругом	—»—	35	Отпуск	—»—	13
Закладная или ссуда более 10 000 рублей	—»—	31	Рождество	—»—	13
Приближающаяся плата закладной или ссуды	—»—	30	Незначительное нарушение закона	—»—	11
Изменение обязанностей на работе	—»—	29			
Сын или дочь уходят из дома	—»—	29			
Конфликты с родственниками, друзьями или супруга	—»—	29			

(Как пользоваться тестом — смотри на с. 10)

12/90

декабрь

ТВОЕ ЗАДОРОВЬЕ

Беседы
с учеными-
медиками



лосардия

Болезни:
течение,
прогноз,
предупреждение

поругань

Советы
и рекомендации
практических
врачей

подписное издание

Цена 20 коп.
Подписной индекс 70063

ПРОГНОЗ НА ЯНВАРЬ 1991 г.

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 1, 7, 9, 13, 14, 22, 30

Дни благоприятные 2, 5, 6, 10, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 26, 27

Дни повышенной конфликтности 3, 8, 11, 18, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 31

Влияние на вашу волевою сферу [активность]

Дни, благоприятные для деловой жизни 2, 6, 10, 11, 12, 16, 18, 19, 20, 21, 25, 26

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 3, 4, 9, 14, 15, 23, 28, 30

Дни, требующие повышенной

сосредоточенности, осторожности 1, 5, 7, 13, 17, 24, 27, 29, 31

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 3, 8, 12, 17, 19, 23, 24, 30

Дни меньшей продуктивности мышления 2, 4, 5, 7, 10, 13, 14, 15, 21, 26, 28

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 2, 6, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 22, 24, 27

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 1, 3, 21, 26, 28, 29, 30

Дни повышенного травматизма 7, 11, 18, 25, 31

В выпуске читайте:

СОЦИАЛЬНЫЙ ИМПРИНТИНГ

О БОЛЕЗНЯХ КРОВИ

О СЕКРЕТАХ ЦЕЛЕБНЫХ РАСТЕНИЙ

Издательство
«Знание»

ББК 51.2
Т 27

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

Г. ГРИГОРЯН. Осознание подспудного (3)

Эпизоды для здоровья

В. ДОВЖЕНКО, А. ДОВЖЕНКО. Секреты целебных растений (П—Я) (7)

Эпизоды о здоровье

А. ЛАПЕЦКИЙ. Апанез (18)

Заочная школа пациента (18)

В. ПОЛИКОВ. Болезни крови и органов кроветворения. Часть II (20)

Читателю на заметку

В. ЭМИН. Защита от голода: роль эггической культуры. (27)

У нас в гостях

Реферendum за выживание (беседа с Георгием Красовским) (29)

Домашнему астрологу

Ф. ВЕЛИЧКО. Восточный Новый год (32)

Прогноз «Твое здоровье»

М. ЛЕВИН, Т. МИТЯЕВА. Январь (1). Февраль (19)

Редактор В. ГОРШКОВ

© Издательство «Знание»,
«Твое здоровье», 1990 г.

ISBN 5-07-001611-3

Т 27 / Твое здоровье (выпуск XII). — М.: Знание,
1990. — 32 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здо-
ровье»; № 12).

ISBN 5-07-001611-3

20 к.

Основу выпуска составляют научно-популярные очерки
В. Р. и А. В. Довженко «Секреты целебных растений (П—Я)»,
В. Е. Полякова «Болезни крови и органов кроветворения.
Часть II», рассказ А. Ланецкого. В рубриках — выступления
публициста Гарри Григоряна, ответы на письма читателей.
Даны советы и рекомендации.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4101000000

ББК 51.2

На первой стороне обложки:
рисунок Павла Филипповского

Научно-популярное издание

Художественный редактор К. Вечерин
Технический редактор Н. Клецкая
Мл. редакторы Е. Гродко, Л. Щербакова
Корректор Е. Альшевская

ИБ № 11547

Сдано в набор 26.11.90. Подписано к печати 24.12.90.
Формат бумаги 60×84 $\frac{1}{4}$. Бумага газетная. Гарнитура обыч-
ная. Печать высокая. Усл. печ. л. 4,0. Усл. кр.-отт. 6,0.
Уч. изд. л. 4,67. Тираж 8 253 877 экз. Заказ 6655. Цена 20 коп.

Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд
Серова, д. 4. Индекс заказа 906312.

14—15—16 й заводы по 500 000 экз. (6 500 001—8 000 000 экз.)

Типография ордена Трудового Красного Знамени издательско-
полиграфического объединения ЦК ВЛКСМ «Молодая гвардия».
Адрес ГПО 103030, Москва, Сушчевская, 21.

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

Наш комментарий ведет постоянный читатель «Гвое здоровья», публицист Гарри ГРИГОРЯН

ОСОЗНАНИЕ ПОДСПУДНОГО

Нам не избежать перемен, по странно, это сознается только умом, душа вроде и не ждет их, не осязается образом будущего. Будто стоишь перед окном, видишь все через стекло, но нет живого движения воздуха, не веет повизной, надеждой и не пахнет ею, не дурит она голову, как в юности. Что-то в нас еще не созрело, не подготовлено, кажется, что будущее это не наше, не про нас, с чужого, что ли, плеча.

Если говорить об ощущениях, то они скорее отрицательные, во всяком случае у большинства: неуверенность, страх перед неопределенностью, боязнь, что будет еще хуже. Что-то, несомненно, давит. Люди скупают круны. Им явно не хватает душевных сил, готовности к переменам, здорового любопытства, наконец.

Что же с нами происходит, почему не только старики, но и люди среднего и в житейском смысле молодого возраста не свободны от тягостных предчувствий, что мешает нам раскрепоститься и устремиться с уверенностью вперед?

Что, собственно, давит? Может, мы сами не те, не такие, как обитатели остального мира, жители так называемых развитых стран, с которыми так любим себя сравнивать? Привычный к универсальным формулам ум туго припоминает — генетика. Конечно же, она самая. Лучшая часть народа уничтожена — самые предприимчивые, активные, работающие, — чего же от нас грешных ждать? Генофонд подорван, куда уж дальше!

Многострадальная генетика, многострадальный народ! Сначала бытие исковеркали до невозможности и об одном только сокрушались, что сознание не столь послушно, как воск, не спешит почему-то меняться. Мечталось, чтобы озимая пшеница превращалась, если надо, в яровую, пеньюка в какую-то другую птичку, все чтоб немедленно, без задержки, по высшему маювению. Генетика с ее консервативностью генов, непредсказуемостью мутаций как-то мешала стройности построений. Впрочем, в руках был топор отбора, в надежных, в общем, руках.

Теперь, когда эксперимент века не удался, генетика виновна вдвойне. С одной стороны, не воспитался, не отобрался новый человек, достойный жить при коммунизме, а если что и отобразилось, по наследству не передалось. А с другой — почти все же вывели, да в таком уродливом варианте, что вроде и назад пути нет. Стало быть, не обессудьте, как работаете, так и живете, мол, лишь надо меньше, и все тут, сами знаете, отчего уроды рождаются.

Удобно, конечно, все сейчас свалить на алкоголизм. Разве сможет измученная непосильной жизнью баба докопаться до подлинной причины появления такой массы больных, неполноценных детей? Ведь данные о некоторых видах производственной вредности засекречивались у нас на уровне военных тайн. Помню, как я был этим в свое время поражен.

Но так можно легко отклониться в сторону — сейчас о другом. Страшен грех, который лежит на нашем народе: десятки миллионов невинных жертв — всего на вождей не счистишь. Тяжко

бремя прошлого, но все-таки оно не могло изменить нас генетически: генофонд народа стал велик, что мы, безусловно, сохранили все свои потенции. Остается, конечно, рассуждение, что могли быть потери какие-то исключительные сочетания генов, кто-то должен был родиться и не родился, не вспыхнула редчайшая флюктуация — такое нельзя исключить. Но я говорю о народе в целом, мы те же, генофонд наш не изменился.

Но и грехи папи с нами, они лежат печатью на поколениях. Моисей не вступал в землю обетованную, пока не умер последний, родившийся в египетском рабстве, — в этой библейской истории содержится глубокий биологический смысл. Ведь рабы по рождению не ушли бесследно, они оставили потомству свои гены, но это уже не меняло дела. Они должны были унести с собой память о рабстве.

Наследственность определяет физическое развитие, но собственно человеческое, психическое, формируется в социуме. Однойцевые близнецы при всем внешнем физическом сходстве, воспитанные в разной среде, могут разойтись весьма далеко по умственным способностям и мироощущению. Возьмем, чтобы не распространяться, крайний случай, когда один из двух — маугли. Человеческое — приобретаемо.

* * *

У человека долгое детство, мозг развивается почти до совершеннолетия. О том, насколько велики претерпеваемые мозгом и сознанием изменения, говорит хотя бы тот разительный факт, что события, случившиеся до четырех, пяти лет, исчезают из памяти взрослого, раннее детство зияет в памяти провалом.

Вопистину «мы меняем души, не тела». Но и сохраняем преемственность самоощущения — психика не магнитофонная лента, на которой можно что-то записать, стерев старое, это скорее долгоиграющий диск, где нельзя писать по записиному. И если тело развивается, по крайней мере в качественном отношении по программе, заданной генами, то мозг в определенном смысле формируется под влиянием притекающей информации заново. Он как бы все время перед выбором — представим только зарождающийся ручеек, — можно и туда течь и сюда, ничтожный бугорок, камешек могут повернуть течение, по там, где он протек, уже промыто русло, из него теперь так просто не выйдешь.

Сознание взрослого человека — это уже река с берегами и притоками, это сложившийся факт. Аналогия приблизительная, но мне хотелось подчеркнуть, что формирование сознания, личности — это процесс материальных, структурных, молекулярных изменений мозга, во многих отношениях необратимых. Что-то в течение жизни попадает в труднодоступные архивы памяти, оттесняется в бессознательное, но не уничтожается, не стирается. Сознание — светящееся окно в огромном доме, мы вроде не заглядываем в темные комнаты, но именно там, в куче выброшенного хлама, кроется тайная мотивация наших поступков, хочу — не хочу, которую мы следуем чаще, чем привыкли думать, считать эти сны, когда выключается дневной контроль над сознанием, веет оттуда зловещестью, сосет пенистая тревога по утрам...

У людей, сформировавшихся в определенном социуме, в сфере бессознательного много общего, это то, что Юнг называл объективным бессозна-

тельным или психологическим истинным. Объективным (не будем придирается к позиции ортодоксального материализма, как это делает даже Фромм), потому что речь идет о субъективном, присущем многим и являющемся, по сути, отпечатком той социальной среды, в которую погружены индивидуумы. Психологическое истинное является, по Юнгу, объективной почвой для мифов, религиозных переживаний, снов и прозрений, причем каждая эпоха имеет свою, разумеется, специфику. Когда-то являлись ангелы, а теперь инопланетяне.

Но не будем углубляться в этот сам по себе интересный вопрос, важно признать, что наша эпоха, неудачный социальный эксперимент в масштабах огромной страны, не могла не наложить отпечатка на общественное сознание, носителем которого являются живущие поколения. При этом сдвиги в сознании гораздо серьезнее, чем можно предположить при поверхностном взгляде, поскольку существует еще одна социальная стихия — океан бессознательного. В ней тоже затаялся образ эпохи. Попробуем же взглянуть в этот образ.

В институте, где я недавно работал, меня возлюбила вахтерша: «Здравствуй, мой свет, радость моя», — приветствовала она меня по утрам, — не совсем, согласитесь, привычно для нас, когда я, печальный от патологического недосыпа, тенью проскальзывал мимо барьера, за которым она сидела. Была она уже лет двадцать на пенсии, но продолжала работать, сухонькая, костлявая и, не буду приукрашивать, как в большинстве своем вахтерши, довольно-таки вздорная, вредная. Но зато и улыбка на ее худом, жестковатом лице оказывалась неожиданно трогательной. Так я и не понял, чем ее пленил, но отвечал, разумеется, тем же.

У вахты все время бубнит радио, и однажды, когда я выходил, она спросила: «Скажи, моя радость, вот они все говорят — собственность, собственность, о чем это они? Что это такое?»

Вопрос слегка рассмешил, хотя было ясно, что отнесется он не к самому слову, которое она, конечно, знает, старушка заподозрила, что теперь в него вкладывают какой-то новый, загадочный смысл — все-таки всесоюзное радио, Верховный Совет. «Говорят о том, чтобы фабрики, к примеру, перешли к рабочим, чтобы они стали пайщиками. А продукцию чтобы сами продавали, кому захотят», — попытался я ей бодро объяснить. «Как же, кому захотят, — расстроилась она. — А государство? Каждый будет спекулировать, как захочет, а государству ничего не отдавать? Нет, это не дело будет, надо чтобы государству сдавали».

Она заступалась за государство, от которого не видала ничего хорошего, за идолище это, а ведь на днях еще жаловалась, что перестали им платить какую-то надбавку — восемьдесят в зубы, и все. Напарница обиделась, ушла, а она осталась. Всю жизнь проработала за копейки, буквально за кусок хлеба, которого тоже не всегда было вдоволь, и вот сейчас беспокоится, как бы государство чего не потеряло!

До сих пор наверху любят поговорить, какой у нас терпеливый, сознательный народ, и псевдогордиться, по существу, ничем. Сморщились бы, что ли, брезгливо, губы поджали, улыбнулись фальшиво, как благородные попечители при пощении приюта для неполноценных детей!

Только не думайте, что я против патриотизма. Это хорошо, что гражданин думает о государстве, но ведь бабуся как-то не так о нем дума-

ет. Это всемогущее государство занимает у нее в душе не то, не свое место, ясно даже интуитивно, что оно беззастенчиво захватило пространство, предназначенное для другого — бога ли, совести, любви к ближнему.

Зигмунд Фрейд, анализируя человеческую психику, выделил категорию «сверх Я», то есть ту идеальную часть «Я», от которой исходит голос совести, внутреннего судьи, перед которым мы часто испытываем чувство вины. «Сверх Я» — это вытесненная в область бессознательного родительская инстанция: собственно отец, который наставлял и наказывал ребенка, Отец небесный, всевидящий и традиционные в обществе, в семье образцы для подражания.

Поначалу ребенок действительно думает, как бы поступил в той или иной ситуации отец, образ отца как бы внедряется в психику, занимает соответствующее пространство, впоследствии он воспринимается как часть собственного «Я», внутренний голос. Так в душе ребенка формируется своего рода нравственный эталон, критерий добра и зла, который у большинства сохраняется на всю жизнь.

Кто не посмеивался над магическими формулами в характеристиках, казенной тарабарщиной: морально устойчив, политически грамотен и пр. Когда-то я взял и припечатал в характеристике после этой ритуальной фразы: «За свои поступки не отвечает», — и потом уверял друзей, что мне так подписал «треугольник», не глядя. Получилось, как тогда казалось, очень смешно. Смеялись мы и над очевидной нелепостью правила, согласно которому разведенных довольно длительное время; кажется три года, не выпускали за границу.

А ведь речь при этом шла не о таких уж бессмысленных вещах. Первый отдел, партком и все эти соответствующие органы интересовало нечто вполне конкретное, именно прочность вашего нравственного стереотипа. А выработка его всегда, с первых лет Советской власти была делом государственным, этому была подчинена вся система воспитания, начиная с детского сада и кончая... да никогда она не кончалась. Первые стишки в младшей группе были об «отце народов», теперь о Ленине, партии, в школе все это только набирает силу, дальше армия, вуз, политзанятия на работе, что-то там в ЖЭКе для пенсионеров и до гроба, могилы, на которой установят камень с пятиконечной звездочкой.

Менялись с течением послевоенного времени символы — Сталин, Ленин, партия руководящая, но за ними всегда стояло ненасытное идолище — государство, требовавшее бесконечных, часто кровавых жертв во имя будущего, которое никак не наступало. Помню, бабушка рассказывала, что они удивлялись в первые годы после революции, почему так воюют большевики с религией. Ведь Христос тоже был за справедливость. Чем же он им мешает? Святыню радиотели отечества кому поперек дороги встали, сам Отец небесный, чем провинился? В чем корень несправедливости такой звериной?

Ответ прост — они знали, что делали. Шла смертельная борьба за нравственное пространство душ. Место Отца небесного присмотрел другой отец, проповедь его была проста и понятна: «Убий! Убий классового врага, брось первым камнем!» Ради него похвально отречься и от родного отца, благо он всего лишь осколок прошлого, отработанный материал истории. Вот он — Навлик Морозов, новый коммунистический святой, предтеча полнотовских мальчиков!

Трудно избавиться от ощущения, что нас воспитывали в полном соответствии с канонами психоанализа, и понятно, что нам самим знать об этом не следовало. Не потому ли компания возвеличивания национального гения Павлова, вполне, впрочем, благовидная, обернулась тем, что фрейдизм стал ругательным словом? (Сам Павлов, конечно, по Лысенко, его имя просто использовали, эксплуатировали в политических целях.) И все-таки я далек от того, чтобы обвинять в злонамеренном использовании методов психоанализа для закабаления наших душ, Фрейд ведь взял свое учение не с потолка, он прежде всего со свойственной великим умам принципиальностью обобщил то, что человечество давно знало практически.

А революцию, извините за банальность, делали великие практики. Тому же Сталину, вполне возможно, было ближе священное писание, вспомним: «Кто любит отца или мать более Меня, тот не достоин Меня», до многого он мог и сам додуматься в поисках рецепта власти. Одно лишь ясно, что в какой-то момент весьма популярный у нас в 20-е годы фрейдизм стал мешать построению социализма в отдельно взятой (кстати, это необходимое условие, чтобы она была отдельно взятой, изолированной от мирового сообщества) стране.

Так от всего психоанализа остался куцый фразы критики фрейдизма в соответствующих местах учебников. Сколько же всего было изъято из духовного обращения на столетия, а то и больше, и потому, что мешало, и оттого что отвлекало, уводило, грозило заполнить нравственный вакуум, оказывалось, наконец, попросту «лишним», не способствуя необходимому для реализации политических целей уродливому сирямлению сознания великого народа!

Погруженные с пеленок в океан пропаганды, мы так сроднились с ней, что даже папубатство какое-то было в ходу, шуточки, анекдоты, детская, в сущности, бравада. Ага, кто-то там нахмурился посередь разговора, дает знать, что он ни при чем, а этот, ему положено, прикидывает, глядя на вас, наш человек или нет, выездной или — да что вы с ума сошли. Тогда это даже благородно выглядело — раз надо кривить душой, не поеду, обойдусь, — в глазах большинства, впрочем, глухо.

Казалось, что у нас даже какой-то иммунитет выработался против пропаганды. Но вряд ли понимали умники и насмешники, что они вовсе не столь независимы в своих суждениях, как им самим кажется, что эта, такая вот топорная пропаганда уже давно вылепилась из них нечто почти приемлемое для государства, сгладило углы неприятия, примирила с действительностью, приручила. К тому же кое-что аж с младенчества совершенно органично впечаталось в души, причем, как ни странно, мы ведь привыкли думать о себе лучше, чем мы есть; именно то, что и призвана была вдолбить пропаганда.

Начнем с того, что социалистический выбор как-то в душе кажется предпочтительнее, конечно, не в таком бездарном, утопическом виде, как у нас, а в идеальном, очищенном, включающем наиболее привлекательные черты капитализма. Что ли, как в Швеции. А кому-то и того мало, им принципиально важно, чтобы не капитализм в одеждах социализма, а социализм в каподеждах. Даже такие выдающиеся умы, как А. Д. Сахаров, склонялись к идее конвергенции двух сис-

тем, и вся почти интеллигенция вынашивала в душе нечто похожее.

Сколько бы мы ни ворчали, ни критиковали в своем кругу, сколько над нами грешными выискивались, а социалистический идеал представлялся естественным, как бы присущим человеку от рождения. А вот в США, например, идеалом большинства населения является свобода, причем не в каком-нибудь романтическом смысле — имеется в виду вполне конкретная свобода предпринимательства.

Значит, похожи-то мы похожи, поскольку и те и другие — люди, да не совсем. Нас до сих пор пугает возможность эксплуатации человека человеком, а для них это словосочетание — пустой звук. Им кажется важным не то, кто тебя эксплуатирует, частное лицо или государство, а как — нещадно или по-божески. А у нас выплата зарплата — трудовая, а во внебюджетное — не очень; не служишь — тунеядец, успешно ведешь личное хозяйство — куркуль. Откуда все это в нас, самозародилось, что ли? Какой уж тут иммунитет...

Каждому приходилось видеть, хотя бы по телевидению, идиллическую картинку — птенцы, совсем еще крошечные, несмышленные, гуском, забавно переваливаясь, торопятся за наседкой. Оказывается, образ матери запечатлевается у них в сознании уже в первые часы после вылупления, явление это, получившее название импринтинга, подробно исследовал Конрад Лоренц в тридцатых годах. Самое удивительное, что подобную реакцию можно выработать не только на мать-наседку, которая в естественных условиях всегда рядом и первой попадает в поле зрения, но и на любой движущийся предмет подходящего размера.

То есть, если показать им в соответствующем возрасте сапог или метлу, то они будут оказывать ему впоследствии такое же предпочтение. Побегут за метлой. Справедливости ради отметим, что реакция на случайный предмет вырабатывается все-таки хуже, чем на особь своего вида, она не так прочна. Так вот, формирование у ребенка «сверх Я» — это своего рода социальный импринтинг (прошу прощения у специалистов за приблизительность аналогии, но она очень наглядна). Политизированное воспитание привело к тому, что мы с вами склонны следовать за этой самой, подслушной в чувствительном возрасте метлой.

Тайный тормоз, предохранитель, не дает нам взорваться, перейти известные границы, что-то внутри корит за непослушание, призывает к смирению, к компромиссу, па худой конец. Так могучий хищник рычит на тумбе, отмахивается когтистой лапой, но щелканье бича дрессировщика воздвигает перед ним непреодолимую стену, возвращает в детство, когда был выработан стереотип подчинения хозяину. Сила-то на его стороне, дремотно размышляет царь зверей, известно, против бича нет приема. Вот и остальные кисточки хвостов помахивают, рычат только для порядка, и ты, значит, будь как все, не высказывайся.

Итак, приходится признать, что мы действительно не такие, не совсем такие, как мы, в нас было вложено в восприимчивый возрастное плетиво, у нас иная память души, иная структура личности, государственная система воспитания отразилась даже на тех, кто пытался мыслить само-

стойательно, причем травмировано даже не столько сознание, которое мы худо ли бедно умеем контролировать, сколько сфера бессознательного. Но мудро, что мы несем в себе подспудно иной нравственно-социальный эталон, голос совести, вечный соглядатель, шепчет нам не то слова.

Отсюда наш внутренний дискомфорт, неуверенность, тревога, затаенная антипатия к будущему. И даже, когда он будет преодолен, а я верю, что ждать теперь недолго, останется горькое чувство, что иммунитет — сопротивляемость свою — мы переоценили: идеологи, чего бы ни выражали их лица, оказались не такими уж дубами, они свое дело знали. Они отчетливо понимали главное — личность, во всяком, случае ее нравственно-социальная ориентация, в значительной мере формируема, только действовать нужно последовательно, неотступно и начинать как можно раньше, чтобы не прозевать восприимчивый возраст. А там, если кто и прозреет — до конца ли, жизнь опутала по рукам и ногам, лучшие годы позади.

Самых безнадёжных (у пленцов импринтинг тоже не на сто процентов получается) изолировать, сгноить, выгнать в крайнем случае «за пределы». Вот вам и вся «генетика».

Обозначив болезнь, естественно задаться вопросом, как ее лечить. Рекомендации следуют из того же психоанализа, и приятно думать, что мы их уже выполняем. Пациент должен прежде всего понять, что болен и осознать с помощью врача-психоаналитика причины болезни, постараться извлечь из бессознательного, вспомнить какие-то события в прошлом, которые привели к нынешнему душевному разладу. Первая реакция обычно болезненная, но зато потом быстро начинается выздоровление.

Подобным лечением методом так называемого катарсиса (очищения) и занялась в последние годы пресса, извлекая на свет божий болезненные точки нашей истории. Скоро выяснилось, что устраивает это не всех. Сколько можно о сталинизме, коллективизации, неужели нет других тем? Когда прекратится кампания очернительства? С чего бы им так беспокоиться, самих-то их, как они заверяют, не свернуть с социалистической стези? Ну не нравится, не открывай газет, перечитывай, любимые книжки о майоре Вихре. И вообще есть, как любили говорить, неотвратимая поступь истории, пусть она и топает, куда положено.

А все-таки неуютно им, чувствуют интуитивно, что не надо бы выставлять язвы «социализма» напоказ, плохо это для них кончится. Потому что не такие уж они невинные овечки, допкихоты идеи. В массе своей они вполне сознательно, ради конкретных личных благ вешали пароду лапшу на уши в соответствии с государственной системой дезинформации. Знали они, если не теоретически, то практически всю эту механику оболванивания. Нет уж, если не проявлять в подобном

лечении последовательности, бояться переборщить, то это будет не лечение, а растянутое на десятилетия мучение (простите за допотопный каламбур). Только полная, безоговорочная правда о прошлом может открыть наши души будущему.

Вообще если где и превозносят успехи в гласности, то не в народе, которому до сих пор часто лгут. Чего, например, стоит информация о национальных конфликтах. Называть погромы столкновениями на национальной почве... Нет, погромы — это погромы, когда одни убивают, а другие только лицо от стальных прутьев пытаются руками закрыть, это не обоюдная драка, как передает слово «столкновение». Все та же в наших официальных сообщениях эквилибристика, ловкая игра с контекстом, умалчивания, равноценные дезинформации. И вот уже дезинформация приводит к еще большим трагедиям, а беженцы — это все еще не вполне беженцы (оттого, что советские, что ли?). И борьба за собственное достоинство и безопасность — чуть ли не хулиганство.

Ладно, мы взрослые, научились лежать строк читать, а что происходит в детских садах, школах на пятом году перестройки? Что там учат? Сейчас вот я сижу за пишущей машинкой, а где-то бубнит малыши под диктовку воспитательницы: «За любовь и ласку и за детский сад партии спасибо». Те же сусальные рассказы о дедушке Ленине... Куда-то подевались из программы младших классов остатки классики, а вместо нее — политика, политика, политика, перемежаемая какой-то невероятной рифмованной чушью с сельскохозяйственным уклоном. Жене пришлось потребовать от учительницы, чтобы она не задавала дочке-второкласснице на дом подобную дребедень, сами что-то подберем из классики. Не успевают готовить новые учебники, перасторонность? А может, кто-то продолжает гнуть свою линию?

Кто-то из родителей посмеивается — вырастут, разберутся, лишь бы учились хорошо. Увы, это не так просто, воспринятое в чувствительном возрасте не исчезает бесследно, его нельзя взять и стереть — есть тайная память души. Подумаем о детях не в том смысле, что мы, мол, мучились, так пусть хоть они поживут, — это та же изощренно преобладавшая в сознании идеология, которую нам вдалбливали, переносимая на семью, — и не в том только, чтобы оставить им чистый воздух и неотравленную землю (это, слава Богу, уже всем стало ясно), — оставим следующим за нами поколениям неискаженное нравственное пространство. Это самое ценное, что могут передать родители детям.

Есть еще одно соображение, позволяющее закончить на оптимистической ноте: надо перестать бояться радикальных перемен внутри и вокруг себя, а там — «душа узнает...». Ведь все живое наделено счастливым свойством распознавания того, к чему органически, естественно предраспо-

В. Р. Довженко,

А. В. Довженко

СЕКРЕТЫ ЦЕЛЕБНЫХ РАСТЕНИЙ

(П—Я)

ПОЛЫНЬ

Сведения о целебных свойствах этого растения были известны древним грекам и древним римлянам. В русской народной медицине полынь известна со времен Киевской Руси.

В полыни горькой обнаружены эфирное масло, горькие гликозидные вещества абсинтина, анабсинтина, смолы, таниновые вещества, каротин, витамин С, уксусная, янтарная, яблочная и изовалериановая кислоты. Лечебные свойства определяются наличием прежде всего горького гликозида абсинтина и эфирного масла. Растение ядовитое. Причем настолько, что животные ее не едят (или почти не едят), она пагубно влияет на окружающие растения.

Используются листья и цветущие верхушки растений вместе с цветками. Использование двойное — для пищевых целей и для лечения.

Наблюдения показали, что полынь возбуждает аппетит, усиливает пищеварение, повышает кислотность желудочного сока, стимулирует деятельность желудка и кишечника, усиливает выделение желчи, уменьшает воспалительные процессы, рассасывает припухлости, заживляет раны. Растение заслуженно считают испытанным домашним лечебным средством. Применяют его при нарушении пищеварения, повышенной кислотности, желудочных коликах, гастритах, болезнях печени и желчного пузыря, бессоннице. Замечено также, что полынь обладает противоглистным, противосудорожным, антисептическим, противомалярийным и слегка снотворным действием. В этих случаях препараты припимают внутрь.

Назначают водный настой полыни и наружно — для полоскания рта, обмываний, примочек, компрессов при ушибах, гнойных ранах, припухлостях, язвах. Траву полыни горькой используют в фармацевтической промышленности. Она входит в состав аппетитных, желудочных и желчегонных сборов.

В немецкой народной медицине настой полыни считают важнейшим лекарственным средством при желудочных болях, спазмах, гастритах, малярии, болезнях печени.

Прием препаратов из полыни проводится только по назначению врача и только под его контролем. Не следует употреблять препараты длительное время. Это может вызвать судороги, галлюцинации, привести к психическим расстройствам.

ПОМИДОР

Этот южноамериканский экзот «прописан» ныне на всей территории СССР. Сегодня трудно представить, что в Европу он завезен лишь в XVI в.

В плодах помидора содержатся сахара, пектиновые и азотистые вещества, алкалоиды, минеральные соли. Свежие плоды богаты витаминами А, В₁, В₂, но особенно много витамина С.

Применение не ограничивается традиционным пицевым (в свежем виде, соленьях, мариналах), приготовлением различных салатов, супов, соусов, томатных паст и пр. Помидор помогает и в лечении многих недугов.

Приведем несколько примеров. Свежие плоды и их сок — отличное лекарство при полиавитаминозах. При язвенной болезни желудка назначают свежий томатный сок. Сок этот способен растворять камни, поэтому его пьют при болезнях печени.

Все эти примеры — из народной медицины. К ним хочется добавить еще два. Как средство против парвов (наружное) помидор выше всяких похвал. Припятно считать также, что употребление в пищу томатов и томатного сока стимулирует деятельность половых желез.

ПУСТЫРНИК

Пустырник, или сердечная трава, сердечник, известен в народной медицине со времен средневековья. Впервые как растение-целитель упомянут в травнике XV в. В практику научной медицины введен лишь в 1932 г.

В траве содержатся алкалоиды, гликозиды, сапонины, дубильные вещества, сахара, эфирное масло, следы витаминов. Лекарственные свойства растения определяются в значительной мере содержанием алкалоидов.

ДОВЖЕНКО Владимир Романович — кандидат медицинских наук, доцент, автор более 60 научных работ, изданных в стране и за рубежом, включая 11 монографий по вопросам нетрадиционных методов лечения (гомеопатия, фитотерапия), социальной гигиены, организации здравоохранения, истории медицины Крыма. Среди книг его широко известны «Трою старых тайн», «Служение человеку», «Этикетка здравоохранения», «Тайны зеленой аптеки», «На повестке дня — здоровье», «Берегите свое здоровье» и др. Готовится к выходу в свет книги: «Алкоголизм: профилактика и лечение (по методу народного врача СССР Александра Романовича Довженко)» и «Растения служат человеку».

ДОВЖЕНКО Алла Владимировна — врач-психиатр, нарколог, занимается практическими вопросами нетрадиционной медицины, лечения алкоголизма методами фитотерапии и гомеопатии, автор свыше 10 научных работ по вопросам здорового образа жизни.

Применение пустырника в народной медицине могло бы стать темой отдельной книги. В русской народной медицине это популярное сердечное средство и не в меньшей мере — от упорного кашля. В немецкой народной медицине он нашел более широкое применение: при сердцебиении, головной боли, малокровии, желудочно-кишечных коликах, астме, одышке, но особенно часто к нему прибегают при болезненных менструациях и их задержке. Английская народная медицина рекомендует пустырник как средство при истерии, невралгии, сердечной слабости, одышке, в Румынии им лечат базелову болезнь, эпилепсию.

Для лечебных целей используются верхушки стеблей с цветками и листьями, собранные во время цветения. В некоторых странах предпочитают лечение соком свежих растений. Чаще всего готовят пастой или пастойку, эффективен и порошок из сухой травы.

О растении можно с полным правом сказать, что это целитель-универсал. Народный опыт показал, что оно действительно при нервных потрясениях, испугах, импотенции, гипертонии, как молокогонное средство, с его помощью улучшается сон и общее самочувствие. По своим свойствам пустырник напоминает валериану и нередко назначается в виде успокаивающих сборов с корнем валерианы, плодами тмина и фенхеля.

ПШЕНИЦА

Пшеница — одно из древнейших культивируемых растений — была известна древним народам Европы, Азии, Северной Африки уже в эпоху неолита. За 4 тысячи лет до н. э. ее возделывали в Китае, Египте, странах Междуречья, на территории современной Швейцарии.

Питательные и целебные свойства пшеницы высоко ценили в Древней Руси. Отвары из толченого зерна, мякоти и корочку хлеба использовали при лечении многих недугов. «Все внутренности укрепляет и силы телесные утверждает», — так говорилось о пшенице в русском травнике XVII в.

Ученые издавна интересовались химическим составом этого важнейшего хлебного злака. В результате научных поисков установлено, что в пшенице содержатся крахмал и другие углеводы (более 60%), различные белки — лейкозин, глютеин, глиадин (до 22%), а также жир, клетчатка, зоональные вещества — фосфор, калий, кальций, магний и другие (до 2%) и различные ферменты. Питательную и лечебную ценность этому растению придают найденные в значительных количествах витамины группы B₁, E, холин и ряд других веществ.

Используется часть растения — зерновка. Из нее получают зерно, муку, крупу, отруби. Вряд ли нужно говорить о значении пшеницы как пищевого продукта. Однако не всем, вероятно, известно, что эту древнейшую сельскохозяйственную культуру издавна применяют в народной медицине. Чаще всего — отвар из пшеничных зерен, обладающий общеукрепляющим и мягчительным свойствами.

Отвар зерен назначают для восстановления сил после тяжелых, длительно протекающих заболеваний. Отвар отрубей с добавлением меда — при заболеваниях органов дыхания, кашле. Отвар мякоти пшеничного хлеба — при простых и кровавых поносах. Для быстрого созревания нарывов или для рассасывания опухолей прикладывают мякоть пшеничного хлеба, смоченный в горячем молоке. Отвар и припарки из отру-

бей — испытанное косметическое средство для смягчения кожи. И это далеко не полный перечень...

Препараты из пшеницы мягкой нашли применение и в научной медицине. В частности, густой экстракт из пшеничных зародышей «Холеф» (фехолип), назначаемый для лечения больных с различными формами мышечной дистрофии. Из зерен пшеницы был получен и другой препарат — густая, смолообразная жидкость темно-коричневого цвета с запахом жженого зерна, известная под названием «жидкость Митрошина». Это весьма эффективное средство при кожных заболеваниях — экземе, чешуйчатом лишае, нейродермите, гнойном воспалении волосяных мешочков (сикозе).

В научной печати появляются все новые сообщения о пшеничном «чудо-зерне», пророщенном особым способом. Называют его (и это действительно так) продуктом повышенной биологической ценности, обладающим незаменимыми факторами пищи. Как показали исследования, при проращивании пшеничного зерна количество витаминов B₆ и C увеличивается более чем в 5 раз, витамина B₁ — более чем в 1,5 раза, B₂ — в 13,5 раза, фолиевой кислоты — в 4 раза. В зерне резко возрастает концентрация природных антибиотиков и стимуляторов роста. Поэтому ученые и относят проросшие зерна пшеницы к ценнейшим оздоровительным продуктам, особенно необходимым для людей, работающих в условиях Крайнего Севера, для лиц, занятых тяжелым физическим трудом.

Пророщенное зерно — прекрасное лечебное питание. Едят его без приправ. Хорошим дополнением являются фрукты.

РЕДЬКА, РЕДИС, РЕПА

Эти огородные культуры использовали в пищу и для лечения в Древнем Египте, Элладе, Риме, а из семян получали масло. Редьку и близкую к ней репу упоминает «отец ботаники» Феофраст Мидаски. Со времен античности единодушно отмечают, что редька повышает аппетит и улучшает пищеварение.

Химический состав редьки, репы и редиса в значительной мере сходен: углеводы, азотистые и зольные вещества, минеральные соли, фитонциды, витамины. Острый вкус редьке придает кристаллическое вещество рафанол. Репу в свежем виде имеет горьковатый привкус (перед употреблением рекомендуется обдать корнеплод кипятком). Для всех трех растений характерны богатый набор и высокое содержание витаминов, особенно для репы (например, по содержанию витамина C она в 12 раз превосходит огурцы и морковь).

Редьку, редис и репу употребляют в пищу в свежем виде, а репу на Руси ели некогда и вареной, печеной, жареной. Кроме ценных пищевых качеств, растения наделены также целебными свойствами.

По пищевым и лечебным свойствам редька и редис близки. Хорошо известно, что оба они способствуют улучшению аппетита и пищеварения, усиливают выделение желудочного сока, редька обладает антисептическим, мочегонным и желчегонным свойствами, черная — особо сильным бактерицидным действием (белая — в меньшей степени).

В народной медицине редьку применяют при многих заболеваниях. Популярное средство — сок редьки с медом или сахаром (в равных коли-

частях). Показания: коклюш, катар верхних дыхательных путей, бронхиты, кровохарканье, водянка, невралгии, малокровие, метеоризм, подагра, камни в почках и мочевом пузыре, как мочегонное и противоглистное средство. Противопоказания: язвенная болезнь, воспаления желудочно-кишечного тракта и печени, тяжелые заболевания сердца.

Пригодна редька и как наружное для растираний, причем одинаково как чистый сок, так и смесь его с водкой, солью и медом.

Хороший лечебный эффект дают растертые в порошок семена с добавлением небольшого количества воды. Припарками из такой кашицы лечат экзему, гнойные раны и язвы.

Волочная настойка растертых семян или корней редьки — народное средство от веснушек. А натертая редька, смешанная со сметаной или растительным маслом, — прекрасное средство для отбеливания и питания сухой кожи. По окончании процедуры лицо протирают прохладным молоком.

Многими лечебными свойствами (мочегонным, антисептическим, противовоспалительным, ранозаживляющим, обезболивающим) обладает отваренный сок репы и отвар корнеплода. Отвар улучшает сон, успокаивает сердцебиение, пьют его при ларингитах, астме, но особенно при остром кашле. Теплый отвар помогает (в виде полосканий) при острой зубной боли.

Принято, однако, считать, что препараты из репы действуют на организм слабее, чем препараты из редьки.

Самая вкусная и питательная часть обычной редиски — ее ботва. Измельченную ботву редиски и мелко нарезанные перья лука (для аппетита) рекомендуется добавлять к супам, гарнирам, вареному и тушеному мясу.

РОДИОЛА

Растение получило широкую известность как золотой корень. Название обусловлено не только цветом корневища, но и его высокой ценой, причем высокой издавна. Его целебные свойства высоко ценили в древнем Тибете. Вывозить растение за пределы страны запрещалось. Не подлежало оно вывозу за границу и в Китае. На протяжении столетий это был предмет контрабандной торговли.

Описание. Родиола, розовая — многолетнее травянистое растение, принадлежащее к семейству толстянковых, с толстым корневищем и мясистыми корнями. Корневище и корни буроватые или цвета «старой позолоты». Размеры корневища иногда достигают 15 см, а вес до 900 г. От корневища отходят прямостоячие стебли, на которых расположены мясистые листья. Цветки желтые собраны в соцветия. Цветет в июне—июле.

Распространение. Растет золотой корень на альпийских и субальпийских лугах, занимает арктические и горные области в Европе и Азии, в Сибири, в горах Алтая, Тянь-Шаня, Дальнего Востока, в Карпатах. Его крупные яркие цветы можно встретить на каменистых берегах ручьев, скалистых склонах гор. На Алтае обнаружены большие запасы этого растения. По подсчетам ученых, урожайность корней составляет около 1600 кг с одного гектара.

Легендарное растение было в центре внимания многих ученых. В результате длительных научных поисков было установлено, что в золотом корне содержатся антрагликозиды, флавоноиды,

эфирное масло, дубильные вещества, тирозол, родиолозид, органические кислоты — пантотеновая, лимонная, яблочная, гелловая, янтарная, глюкоза и фруктоза. Являясь сильным тонизирующим средством, препараты золотого корня превосходят женьшень, лимонник, элеутерококк, левзею, аралию. Препараты малотоксичны.

Назначают их при малокровии, малярии, заболеваниях желудка и кишечника, болезнях печени, первой системы. Используют золотой корень и для приготовления чая, обладающего тонким, ароматическим запахом, приятными вкусовыми качествами. Кроме того, чай стимулирует центральную нервную систему.

Чай из золотого корня полюбили в народе и с добавлением листьев ежевики, малины, земляники, черной смородины, травы чабреца, цветков зверобоя, лавчатки кустарниковой. Такой напиток, обычно назначаемый при тяжелой физической или умственной работе, восстанавливает обмен веществ, обладает тонизирующим свойством. Назначают его и при расстройствах функции желудка и кишечника, простудных заболеваниях.

В настоящее время фармацевтическая промышленность выпускает жидкий экстракт родиолы розовой. Препарат используется в качестве стимулирующего средства.

РОЖЬ

На Руси рожь — любимый хлебный злак, главным образом у великороссов. И в древние века, и позднее, вплоть до нашего времени, белый пшеничный хлеб использовался в пищу главным образом в праздничные дни, а черный ржаной — в дни будничные.

Ржаное зерно содержит до 67% углеводов и до 11% белков, а также жиры, ферменты, витамины и другие вещества.

Применение ржи в повседневном быту издревле было двойным — для хлебопечения и в народной медицине. Такая традиция установилась во многих странах мира. В России рожь использовалась также для приготовления кваса, который обладает многими ценными диетическими свойствами.

Сам ржаной хлеб — тоже в определенных случаях лекарство. В народе его используют как легкое слабительное. Употребление ржаного хлеба может быть рекомендовано всем, кто страдает постоянными, длительными запорами. Целебное действие оказывает отвар ржаных отрубей: он полезен при сильных поносах. Отвар пьют также при застарелом кашле — как смягчительное и отхаркивающее.

Как наружное ржаной хлеб, размоченный в горячем молоке, эффективен при нарывах. Такого рода припарки способствуют их быстрому созреванию и размягчению.

Тем же смягчительным действием отличается теплое ржаное тесто. Припарки из него — отличное средство для лечения твердых болезненных опухолей.

РОЗА

Ученые многих стран мира изучали состав лепестков розы, действие этих веществ на организм. В результате научных поисков установили, что в лепестках розы имеются сложные химические соединения. Цветки содержат эфирное масло, главным соединением которого является ге-

Растение содержит, очевидно, фенолэфиталкогены, при этом особый аромат маслу и розовой воде. В лепестках также содержатся сахара, кверцитин, органические кислоты, воск, горечь, жирные масла, антоцианы.

Применение розы в народной и научной медицине очень широко. Препараты из лепестков розы относят к числу слизистых, слегка вяжущих средств, применяются при поносах, болях в животе, заболеваниях легких, катарах верхних дыхательных путей, при желтухе, гриппе, ангине, различных заболеваниях полости рта в виде полосканий и промываний. Порошок из мелкоистолченных лепестков розы прикладывают при воспалении кожи.

Еще недавно в аптеках из лепестков розы готовили розовую воду, розовый мед, розовый сироп, масло, консервы. Розовую воду использовали при заболеваниях глаз. В Армении лепестки красной розы назначают при заболеваниях печени, а белой — при заболеваниях сердца. Во Франции лепестки роз популярны как противоглистное средство, при расстройстве кишечника, геморрое, как тонизирующее, витаминное средство, для приготовления конфитюра. В болгарской научной и народной медицине лепестки розы — излюбленное средство при расстройстве кишечника, ангине, воспалении слизистых оболочек желудка, кишечника, глаз.

Из душистой дамасской розы получают целебное розовое масло, идущее на нужды фармацевтической и медицинской промышленности. Один грамм этого ценнейшего продукта на мировом рынке оценивается в два грамма золота.

РОМАШКА

Ромашка принадлежит к числу древнейших и популярнейших лекарственных растений. Как средство, успокаивающее боли и судороги, ее рекомендовали Гиппократ и Диоскорид.

В цветочных головках ромашки содержатся белки, камеди, слизи, горечь, эфирное масло и другие вещества. Входящий в состав эфирного масла азаулен (хамазулен) обладает противовоспалительными свойствами, а выделенные из ромашки анигенин и аниин — спазмолитическим.

Из соцветий ромашки готовят настой, чай, отвар, настойку, используемые в народной медицине. Водный настой или настойку назначают при многих болезнях: как противовоспалительное, болеутоляющее, успокаивающее, мягчительное, потогонное, желчегонное, вяжущее, легкое слабительное, ветрогонное. Помогает настой при простудных и желудочно-кишечных заболеваниях, спазмах и болях в желудке, поносах, запорах, повышенной возбудимости, бессоннице, судорогах, зубной боли, при женских болезнях, маточных кровотечениях, задержке менструаций.

Настоем ромашки промывают гнойные раны, язвы, нарывы, употребляют его для полосканий горла при ангине, а пары ромашки вдыхают при гриппе. Ромашковые ванны — эффективное средство при суставном ревматизме, золотухе, подагре.

В народной косметике настой ромашки служит для обмывания лица (для оздоровления кожи) и мытья светлых волос (это придает им красивый золотистый оттенок). Цветки ромашки используются в парфюмерной промышленности (питательные кремы, лосьоны, шампуни).

РЯБИНА

Растение было распространено в античном мире; о нем пишут древнеримские авторы Вергилий, Катон, Колумелла, Плиний Старший. С давних времен используется в народной медицине.

Плоды рябины содержат сахара (сорбозу, глюкозу, фруктозу, сахарозу), лимонную, яблочную, винную и сорбиновую кислоты, эфирное масло, витамины С и Р, каротин, дубильные и другие вещества. По содержанию каротина плоды рябины превосходят морковь.

Применение плодов рябины многообразно: в кондитерском и ликеро-водочном производстве, для приготовления соков, уксуса, кваса и других напитков, в лечебной практике.

В научной медицине плоды рябины применяют как лекарство и профилактическое средство при авитаминозах, обычно в виде поливитаминного чая (из плодов рябины и шиповника в равном количестве).

Более широко использует растение народная медицина: как противоглистное, легкое слабительное, мочегонное, вяжущее, противовоспалительное, кровоостанавливающее. Назначают его при авитаминозах, поносах, дизентерии, запорах, камнях в почках, ревматизме, геморрое.

Косметологи рекомендуют рябиновые маски (из зрелых плодов) для устранения морщин, придания коже свежести и приятного матово-розового цвета.

САЛАТ

Салат — древнейшая огородная культура, широко известная на Древнем Востоке и в античном мире. Вначале использовался латук дикий, но уже в Древнем Египте растение введено в культуру. Выращивали ее в Древней Греции и Древнем Риме, издавна — в Средней Азии. Сок из стеблей салата как болеутоляющее и спотворное вошел в медицинскую практику с глубокой древности.

В листьях салата содержатся сахара, белки, сухое вещество, значительное количество солей, железа, кальция, калия, магния, провитамина А, витаминов В₁, В₂, Е, РР и С (особенно последнего). По содержанию железа его превосходят лишь шпинат-лук и шпинат.

Существует множество сортов салата. Известное овощное растение кресс-салат — самостоятельный вид из другого семейства (капустных, или крестоцветных), славится как скороспелый овощ высокого качества, обладающий целебными свойствами.

Салат огородный (и кресс-салат) употребляют обычно в свежем виде, реже в вареном, оба вида хороши тем, что дают зелень весной, когда еще мало овощей. После образования цветочной стрелки салат теряет свои вкусовые качества.

Как продукт для детского и диетического питания салат-латук полезен при диабете, сидячем образе жизни, он улучшает пищеварение, успокаивающе действует на нервную систему, обладает легким спотворным действием. Рекомендуется для людей пожилого возраста, для тех, кто перенес тяжелую изнурительную болезнь.

Водный настой измельченных семян увеличивает количество молока у кормящих матерей. Препараты из сока салата — эффективное гомеопатическое средство при болезнях сердца.

В народной медицине настой из свежих измельченных листьев назначают при повышенной эмоциональной возбудимости, бессоннице, хроническом

заболеваниях гастрита, диете, гипертонии, заболеваниях печени.

СВЕКЛА

В корнеплодах этой древней огородной культуры содержится до 25% сахаров (преобладает сахароза), есть полисахариды, органические кислоты, белки, минеральные и другие вещества. Очень богата свекла йодом, витаминами B₁, B₂, B₆, C, P, PP.

Сахарная свекла — сырье для получения высококачественного сахара. Побочный продукт сахарного производства — патока — идет для получения лимонной кислоты, спирта, глицерина. Столовые сорта используются в кулинарии (борщи, винегреты, мариновки), причем одинаково хороши корнеплоды, молодые листья, черешки. Вареная свекла отличается высокой калорийностью, ее назначают как лечебное и диетическое питание.

Растение обладает мочегонным, легким слабительным, противовоспалительным, противоревматическим и обезболивающим действием. При ее употреблении повышается кровяное давление. Употребление салатов и винегретов из свеклы рекомендуется больным, страдающим ожирением, при заболеваниях печени и почек, запорах, гипертонии, болезнях сердца.

При гипертонии и простудных заболеваниях принимают свежий свекольный сок, смешанный с пчелиным медом, при тяжелых, мучительных запорах — вареную свеклу; при сильном насморке — вареный сок. Кашицу из корнеплодов применяют при наружных опухолях и язвах. Измельченные листья эффективны как противовоспалительное наружное средство.

СЕЛЬДЕРЕЙ

Растение было хорошо известно в Древней Греции и Древнем Риме. Как и в наше время, его использовали в качестве приправы к овощным и мясным блюдам. Применялось оно и с лечебной целью — для улучшения аппетита и пищеварения, как мочегонное и болеутоляющее.

Корнеплоды сельдерея содержат минеральные соли, гликозиды, щавелевую кислоту, небольшое количество витаминов C, B₁, B₂, PP. Всего более витаминов в молодых листьях (преобладают витамин C и каротин). Приятный аромат и вкус придают сельдерею летучие эфирные масла — они имеются во всех частях растения.

Листья и корнеплоды употребляют в свежем, сушеном, засоленном виде, как приправу к мясным и рыбным блюдам, для приготовления салатов (в свежем виде) и гарниров (в тушеном). Сельдерей издавна популярен как растение-лекарь. В народной медицине многих стран применяют водный настой корней и листьев.

Как показал многовековой опыт, растение обладает антиаллергическим, антисептическим, противовоспалительным, ранозаживляющим и легким слабительным действием. Давно замечена и способность его поднимать общий тонус организма и усиливать физическую и умственную работоспособность.

Водный настой корней и листьев назначают при водянке и запорах, для улучшения аппетита и пищеварения, при болезнях печени и почек, крапивнице. Водный настой семян эффективен при болезненных менструациях.

Как наружное средство настой корней или

листьев применяется (в качестве обмываний) для быстрого заживления гнойных ран и язв. С этой же целью к пораженным частям тела прикладывают свежие измельченные листья или натирают их мазью, приготовленной из растертых в кашу листьев и свежего масла (растительного, сливочного).

СМОРОДИНА

Черная смородина как лекарственное растение очень популярна в народной медицине различных стран. В западноевропейских травниках она известна с XV в., а первое упоминание о ней как о ягодном растении относится ко второй половине XVII в.

Ягоды черной смородины богаты витамином C (первое место после шиповника), есть в них витамин B₁, B₂, A, P, эфирное масло, органические кислоты, пектиновые, дубильные, красящие и другие вещества.

Смородина черная относится к числу чудодейственных поливитаминных и лекарственных растений. Ягоды ее употребляют в свежем виде, их сушат, перетирают с сахаром, замораживают, маринуют. Свежие и сушеные листья ценны тем, что содержат много витаминов и фитонциды, они — незаменимая приправа при засолке и мариновании грибов, огурцов, помидоров, замочке яблок, квашении капусты, при консервировании фруктов.

С лекарственной целью применяются ягоды, листья и почки смородины. Ягоды обладают общеукрепляющим действием, улучшают работу желудка и кишечника. Водный настой ягод назначают как поливитаминное противовоспалительное, тонизирующее, мочегонное, потогонное, противопаразитарное средство при желудочно-кишечных, сердечно-сосудистых, простудных заболеваниях. Настой может быть заменен свежим соком, отваром или киселем из свежих и сухих плодов.

При воспалительных процессах глотки и полости рта хороший эффект дают полоскания свежим соком, разбавленным водой. Отличное средство при сильном кашле — сок с медом или сахаром.

Водный настой листьев или отвар листьев и стеблей пьют при водянке, ревматизме, подагре, камнях в мочевом пузыре, задержке мочи, при кожных и простудных заболеваниях. Лечение кожных болезней проводится с помощью ванн (с одновременным приемом отвара внутрь), таким же способом лечат детей, больных золотухой.

Нет лучшего средства для стареющей кожи, чем смородино-медовая маска. Такая маска служит одновременно для питания кожи, ее отбеливания и как прекрасный тонизирующий стимулятор.

СОСНА

Издавна сосна использовалась человеком в хозяйстве (в постройке жилищ, изготовлении повозки, челна, мебели, орудий труда, скинлара, лести) и столь же давно стала лекарственным растением. С этой целью, например, древние шумеры использовали сосновую смолу и хвою.

Установлено, что хвоя сосны и молодые побеги (почки) содержат смолу, эфирное масло, минеральные соли, дубильные вещества, витамин C, B₂, K, провитамин A. Применение ее в народном хозяйстве, в быту многообразно. Это и строительный материал, и различная продукция из смолы, 11

Тысяч из волокон хвои и сосновый ванилин, находящийся на камбиальном слое ствола и ветвей. С лекарственной целью используются молодые побеги и хвоя.

В народной медицине многих стран популярны отвар сосновых почек, обладающий, как показали исследования, противомикробным, дезинфицирующим, мочегонным, желчегонным, антиинфекционным, кровоочистительным и отхаркивающим действием. Его назначают при заболеваниях дыхательных органов, ревматизме, подагре, воднянке, рахите, при нарушении обмена веществ. Нары отвара почек способны снимать воспаление, дезинфицировать органы дыхания (народное средство от кашля).

Сосновый скипидар более известен как противопаразитарное, однако его с успехом используют (как наружное) для лечения простудных заболеваний, ревматизма, подагры, невралгии. Препарат под названием «ясная вода» (спиртовой раствор эфирного масла) служит для оздоровления и освежения воздуха в помещениях.

Сосна помогает и в борьбе с таким тяжелым недугом, как туберкулез легких. Противотуберкулезным средством является спиртовая настойка почек (принимают в виде капель с водой) и сами фитонциды сосновой хвои, что и побуждает устраивать такие лечебницы в сосновых борах.

СОФОРА

Слово «софора» пришло к нам из латыни, а в латинском оно из греческого. Казалось бы, можно сделать вывод, что родом она из стран Средиземноморья. Но нет: родина его — Япония и Китай, где это дерево считается священным.

В результате длительных научных поисков из цветков софоры удалось получить вещество желтого цвета — рутин. Оно обладало свойствами витамина Р. Было установлено, что это вещество уменьшает хрупкость капилляров и поэтому может применяться при лечении и предупреждении кровоизлияний, при сахарном диабете, кори, сыпном тифе. Одновременно было установлено, что настойки из различных частей софоры японской богаты аскорбиновой кислотой (витамином С) и практически не токсичны. В небольшом количестве они токсизируют нервную систему, возбуждают дыхание, снижают кровяное давление.

В научной и народной медицине используют плоды, листья и цветки растения. Из листьев и цветков получают весьма ценное вещество рутин. Лучшее сырье для этого переспустившиеся бутоны цветков.

Настои из софоры применяют при многих недугах — кожных заболеваниях, легочных кровотечениях, болезнях желудка, печени. Нашла софора применение и при длительно незаживающих ранах, ожогах, флегмонах, при выпадении волос, трещинах сосков грудных желез. Народные врачи применяют софору внутрь при повышенном кровяном давлении, как спотворное, для улучшения аппетита, при язве желудка и двенадцатиперстной кишки, дизентерии, воспалительных процессах.

Рутин используется в лечебной практике многих стран. Так, болгарские медики применяют его при лечении и профилактике кровоизлияний, особенно в головном мозге, сердце и сетчатке глаз, при диабете, склеротическом повреждении стенок сосудов, гипертонии, геморрагическом диатезе, болезнях почек, ревматизме, язвенном колите.

Софора в фармакологическом отношении все еще недостаточно изучена. Поэтому считаем не-

обходимым напомнить: все лекарственные растения применяются только по назначению врача.

ТИМЬЯН

Это лекарственное с виду растение, именуемое также чабрец, окружено ореолом почитания издревле. Его мы встречаем и в устном народном творчестве, и в сочинениях древних авторов (Аристотеля, Плуларха), и в старинных травниках.

Как показали исследования, в траве растения содержится эфирное масло, выделяемое расположенными на поверхности листа железками. Главной составной частью эфирного масла, содержащегося в чабреце, является тимол — кристаллическое вещество со специфическим запахом, жгучим вкусом. Оно обладает сильным бактерицидным свойством. Кроме того, трава чабреца в небольшом количестве содержит дубильные вещества, флавоноиды, урсоловую и олеаноловую кислоты, горечь и другие компоненты.

Используется вся надземная часть растения — стебли, листья, цветки. Собирают стебли с веточками во время цветения.

Особо ценится эфирное масло чабреца. Добываемый из него тимол используют как консервант в фармацевтических препаратах, а также для полоскания слизистых оболочек полости рта, зева и глотки, для лечения грибкового заболевания кожи — эпидермофитии. В хирургической практике при лечении кожных заболеваний применяют масляные растворы тимола.

Водный настой травы нашел применение в медицине как отхаркивающее и болеутоляющее средство, при радикулитах и невритах. Экстракт чабреца входит вместе с сахаром в состав препарата пертуссин.

Довольно часто в народной медицине применяют настой в качестве успокаивающего, обволакивающего и дезинфицирующего средства при воспалении верхних дыхательных путей. Кроме того, это очень популярное народное средство при простудных заболеваниях, кашле, бронхите, коклюше, поносах, метеоризме (скопление газов в кишечнике).

Но тимьян — не только лекарственное растение. Его употребляют как пряность, приправу, служит он как медонос, используется для дубления кож.

ТЫКВА

Культура тыквы уходит в глубь тысячелетий. Уже за 3000 лет до нашей эры ее возделывали в Мексике, обычным огородным растением была она в Древнем Египте и Древнем Китае. О популярности ее в Древнем Риме можно судить по свидетельствам Колумеллы, Плиния Старшего, Петрония.

Ближайшие виды — тыква мелкоплодная (американка, кабачок) и тыква тарельчатая (патиссон).

Плоды тыквы богаты углеводами, витаминами С, В₁, В₂, РР₁, Е, каротин), в них довольно высокое содержание сухих веществ, сахара, крахмала, минеральных солей. Семена содержат 36—52% жирного масла. Кабачки значительно уступают тыкве обыкновенной содержанием углеводов с каротином, но их кожура и мякоть (особенно кожца) вдвое богаче витамином С.

Применение тыквы и родственных ей видов многообразно. Употребляют тыкву вареной, жареной, маринованной. Вкусна она (и целебна) в

сиром виде. Перечень блюд, которые можно приготовить из этого замечательного овоща, не ограничивается кашами — чисто тыквенной, пшеничной, рисовой. В него надо включить салаты, супы, пюре, плов, блинчики, пудинги, суфле. Американские индейцы жарят цветки тыквы; очень вкусны молодые ростки, сваренные в подсоленной воде. И наконец, с полным правом тыкву можно назвать аптекой в миниатюре.

Характеристику целебных свойств растения начнем с его универсальности как диетического продукта. Сырая тыква очень хороша при запорах и как мочегонное. Различные блюда (особенно каша на пшенице, рисе и манке из вареной мякоти тыквы) рекомендуется при атеросклерозе, болезнях почек, печени и мочевого пузыря, гипертонии, нарушениях обмена веществ, при отеках, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирении, при холециститах, ангиоколитах, колитах... Но и это далеко не весь список.

Соком из мякоти плодов лечат заболевания почек (принимают по полстакана в сутки). Сок и сама мякоть обладают противовоспалительными свойствами, как наружное они эффективны при ожогах, сыпях, экземах.

Семена тыквы используются не только в народной, но и в научной медицине как противоглистное и мочегонное средство. Впрочем, семена ее известны и здоровым людям как своеобразный деликатес.

О родственниках видах (кабачки, патиссоны) можно сказать, что они легко усваиваются организмом и их употребление полезно для активизации пищеварения, при атеросклерозе, ожирении, особенно пожилым людям. Молодые плоды кабачков (зеленцы) фаршируют, жарят, тушат, в свежем виде используют для салатов.

УКРОП

Культура укропа насчитывает тысячелетия. Его выращивали уже в Древнем Египте: растение служило как пряность и как лекарство от головной боли.

Разновидность укропа, известная под названием фенхель (укроп волошский), — древняя культура Египта и Китая. Фенхель упоминается в палинурге Эберса, у «отца ботаники» Теофраста.

Во всех частях растения содержится пахучее эфирное масло, особенно богаты им семена (до 5%). В зеленых листьях и стеблях — большое количество витамина С. Высокий процент и других витаминов — В₁, В₂, РР, Р, каротина, много солей калия, кальция, фосфора, железа.

Укроп — растение-универсал. Если говорить кратко, это и чудесная зелень (для салатов, соусов, к мясным, рыбным, овощным блюдам, супам, на засолку овощей), и сырье для дикеро-водочной промышленности, кондитерского, хлебо-пекарного, парфюмерного и мыловаренного производства, и незаменимое средство для отдушки различных продуктов — чая, уксуса, маринадов.

Научная медицина применяет настой травы в смеси с бромистым натрием. Этот препарат — эффективное средство при гипертонической болезни первой и второй степени. Из плодов (семян) укропа производят хорошо известный сердечникам анетин. Как показала практика, он помогает не только при хронической коронарной недостаточности, но и при спазмах органов брюшной полости. Противопоказан при выраженных явлениях недостаточности кровообращения.

Значительно шире использует укроп народная медицина. Его назначают как послабляющее, от-

харкивающее, противосудорожное, успокаивающее и слабое снотворное. Настой травы — традиционное мочегонное средство, пьют его и при болях в мочевом пузыре, а примочками лечат заболевания глаз, гнойничковые поражения кожи. Настояем семя пользуются для повышения анетита, он улучшает пищеварение, увеличивает количество молока у кормящих женщин.

И еще одна сфера применения — пародная косметика. Напар укропа снимает отеки под глазами, покраснения, усталость.

ФАСОЛЬ

Фасоль — обширный род однолетних и многолетних травянистых растений, лиан и полукустарников — издавна на службе человека. Из примерно 200 видов около 20 в культуре. Растение с незапамятных времен возделывали как в Старом, так и в Новом Свете. Семена фасоли обнаружены при раскопках памятников доиндской культуры (Перу), обычной была эта культура у древних инков и ацтеков. Самое раннее письменное упоминание о ней (в древнекитайских летописях) относится ко II тысячелетию до н. э.

Древние греки и римляне использовали растение как пищевое и лекарственное. На Руси оно известно по крайней мере с XI в.

Из близких к фасоли и наиболее известных видов следует назвать бобы копские и чечевицу. Оба они (как и фасоль) издавна служат человеку в качестве пищевых и одновременно лекарственных растений.

Все три упомянутых вида отличаются высоким содержанием крахмала и других углеводов, белков, богатым набором витаминов. Фасоль как пищевой продукт универсальна. В ней практически есть все, что необходимо для организма: легко усваиваемые (на 75%) белки, по количеству которых плоды фасоли близки к мясу и рыбе, различные кислоты, каротин, витамины С, В₁, В₂, В₆, РР, множество макро- и микроэлементов (особенно меди, цинка, калия).

Фасоль, бобы копские и чечевица используются для диетического питания при различных желудочно-кишечных заболеваниях, болезнях почек, печени, мочевого пузыря, при сердечной недостаточности. Из фасоли и других бобовых готовят супы, каши, гарниры, их консервируют, измельчают для производства муки. Существуют высокопитательные салатные сорта фасоли. Сами бобовые и солома из них — прекрасный витаминный корм для скота.

Приготовление фасоли и других бобовых требует соблюдения некоторых правил, чтобы избежать утраты полезных диетических качеств плодов. Их, например, не следует замачивать перед варкой, а варить желательно без соли. Надо помнить, что сырые плоды фасоли в пищу непригодны, ибо содержат токсичное вещество фазин (в процессе варки этот гликозид разрушается).

В народной медицине применение бобовых широко и многообразно. Отвары, водные настои стручков, семян, цветков назначают при многих заболеваниях.

Фасоль — эффективное средство при диабете.

Установлено также, что бобы се (настоя, отвар) обладают противомикробными свойствами, полезны при гипертонии, хроническом ревматизме, болезнях почек, мочевого пузыря, при образовании камней в мочевых органах. Хороши они и как ранозаживляющее, как средство при кожных

заболеваниях (фасолевая мука), при гастритах с пониженной секрецией желудочных желез, ожирении печени (шоре из фасоли).

Наконец, фасоль — великолепное косметическое средство. Варенье, протертое через сито вместе в сочетании с соком лимона и растительным маслом дают коже необходимое питание, оздоравливают ее, устраняют морщины.

ФИАЛКА

Историческая справка. Много легенд и мифов создано об этом скромном цветке. В Греции на нем настаивали вино. Считалось, что такой «весенний напиток» обладает целобным свойством. Издавна фиалка — как цветок и как лечебное средство — популярна у славян.

В результате изучения химического состава растения установлено, что трава фиалки содержит рутин, каротин, витамин С, слизь, танины, антоциановый гликозид виолантин.

В научной и народной медицине используют стебли, листья и цветки фиалки трехцветной и фиалки полевой — подземные части растений. Препараты из них усиливают секрецию бронхиальных желез, увеличивают выделение жидкости из организма, обладают противовоспалительным действием, улучшают обмен веществ (особенно при кожных заболеваниях).

В русской народной медицине настой травы фиалки применяют как отхаркивающее при кашле и других заболеваниях органов дыхания, как разжижающее мокроту, а также при рахите, кожных заболеваниях.

Широко используют фиалку болгарские медики. В частности, ее рекомендуют при кожных сыпях, гнойниках на коже, кожном зуде, ревматизме, артериосклерозе, подагре, как мочегонное средство. Внутрь назначают при заболеваниях дыхательных путей, при воспалении мочевого пузыря.

В немецкой народной медицине используют настой фиалки полевой при заболеваниях органов дыхания, воспалении мочевого пузыря, запорах, затрудненном мочеиспускании, ревматизме, подагре, артериосклерозе.

Настой травы фиалок применяют и наружно: при кожных заболеваниях — угрях, гнойниках, сыпях, зуде, экземе.

Принят настой и в научной медицине как отхаркивающее средство при воспалении дыхательных путей.

ХВОЩ

Это красивое, внешне очень эффектное растение хорошо знали многие древние народы. К нему проявляли интерес и древнеримский ученый Плиний Старший, и знаменитый поэт Апулей.

Трава хвоща содержит витамин С, каротин, сапонины, эвизетопин, флавоноиды (изокверцитин, лютеолин, эвизетрип), жиры, никотин, кремневую, аконитовую, яблочную, щавелевую кислоты, жирное масло, горечь, дубильные и смолистые вещества.

С лечебной целью используется трава растения. Благодаря наличию многих полезных веществ, хвощ действует на организм человека как укрепляющее и очищающее средство. Применяют его как мочегонное, в болгарской медицине — при острых воспалениях.

Препараты из хвоща эффективны при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Считается, что они способствуют растворению камней в почках и мочевом пузыре.

Хвощ тонизирует деятельность легких и сердца, и назначается при застойных явлениях сердечно-сосудистого и иного происхождения. Он — составная часть смесей для лечения ревматизма и подагры. Применяется трава хвоща при кровотечениях и некоторых формах туберкулеза.

Широко используются препараты из хвоща в народной медицине. Его применяют при ревматизме, подагре, мочекаменной и желчнокаменной болезнях, заболеваниях органов дыхания, как кровоостанавливающее, как дезинфицирующее средство при язвах и застарелых ранах. Наличие в хвоще кремниевой кислоты, витамина С, каротина делает его очень эффективным средством при уходе как за жирной пористой кожей лица и шеи, так и за нормальной и очень сухой.

Препараты хвоща противопоказаны при нефритах: их употребление вызывает раздражение почек.

ХМЕЛЬ

Это растение хорошо знали в Древнем Риме. На Руси оно известно по литературным источникам с X в. Во франкской империи хмелем уплачивались государственные повинности. Шипки (женские соцветия) использовались первоначально для приготовления пива, браги и меда, позднее стали применяться в хлебопечении и медицине.

В шипках хмеля содержатся смолы (от 8 до 22%), хмелесудильная и валерьяновая кислоты, алкалоид хумулин, горькое вещество лупулин (в его составе эфирное масло), а также красящие и другие вещества. Растение ядовито.

Со времен средневековья использование хмеля практически неизменно. Благодаря содержанию смол шипки — незаменимое сырье в пивоварении: они придают пиву аромат и горечь, предохраняют его от порчи, а в хлебопечении служат заменителем дрожжей.

Хмель — из числа тех растений, у которых «ничего не пропадает». Это и волокно (его делают из сухих стеблей), и прочие краски для шерсти и шелка (из лупулина), и необходимый компонент при производстве лаков, парфюмерии, ликеро-водочных изделий. Лупулин ценен и как лекарство. При болезненных раздражениях мочевого пузыря, его назначают как успокаивающее, применяют его и как общеседативное, как возбуждающее аппетит средство.

Широкий спектр применения хмеля в народной медицине. Настой или отвар шипек усиливает пищеварение, их рекомендуют при болезнях почек и печени, гастритах, водянке, желтухе, невралгии, бессоннице. Если говорить о том благотворном действии, которое оказывает отвар или водный настой, то это целый перечень: успокаивающее, противосудорожное, болеутоляющее, противовоспалительное, противоглистное, пажное, слабительное, легкое спотворное. В качестве наружного (ванны, примочки, припарки, мази) настой шипек эффективен для укрепления волос, при радикулите, язвах, нарывах, различных кожных заболеваниях.

Принимать внутрь любых препаратов из хмеля требует осторожности, поскольку лупулин токсичен.

ХРЕН

Не будет преувеличением сказать, что хрен — кладезь полезных веществ. В корнях его содержатся гликозид синигрин, при расщеплении которого образуются аллиловое горчичное масло (оно-то и придает хрену острый запах и вкус) и линалол, обладающий бактерицидным действием. Прочие компоненты: витамин С, аскорбиновая кислота, фитонциды, эфирные горчичные масла, сахар, крахмал, смолистые вещества, углеводы, клетчатка, соли калия, кальция, фосфора и железа, витамины группы В, РР. В свежих листьях много каротина.

Хрен широко используют в пищевой промышленности, при солке и консервировании овощей, как приправу к мясным, рыбным и другим блюдам. Большое содержание витамина С — в 5 раз больше, чем в лимоне и апельсинах, — делает его хорошим противосцинготным средством.

С лечебной целью используется свежесжатый сок, настойка из корней, кашлица. Например, в народной медицине издавна — при радикулитах. Для этого свеженатертую кашлицу хрена намазывают на ткань и прикладывают к больному месту наподобие горчичника. Для профилактики простудных заболеваний делают ингаляции к стопам и голеням. Разбавленный сок хрена с сахаром или медом употребляют для полосканий полости рта и горла при воспалительных процессах и ангинах.

Используют хрен и в косметических средствах. Водным настоем или настоем протирают лицо при веснушках и пигментных пятнах. Применяют его при плеврите, воспалении легких, мпозите, бронхитах, при камнях в мочевом пузыре, как мочегонное, желчегонное, отхаркивающее средство.

В Болгарии корень хрена служит как средство, усиливающее секрецию пищеварительных желез (но противопоказано при воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени, почек), рекомендуется при лечении гастритов с пониженной кислотностью, при подагре и ревматизме, как диуретик, при катаральных воспалениях дыхательных путей. В индийской медицине корни хрена используются, как стимулирующее, мочегонное и отвлекающее средство при воспалении седалищного нерва. Во Франции хрен — официальное сырье.

Предпринимались попытки лечить с помощью хрена раковые заболевания. Так, во всех травниках и лечебниках рекомендовались для этого растения, содержащие фитонциды, в том числе и хрен. В частности, против рака ротовой полости назначался сок из хрена. При раке кожи очень древним средством является вода из хрена.

ЧАЙ

Чайный напиток — ровесник египетских пирамид: в Древнем Китае он был известен 3—5 тысяч лет назад. Видимо, с этого времени начинается возделывание чайного куста. Европейцы познакомились с чаем лишь в начале XVI в.

Листья чая содержат дубильные вещества, белки, углеводы, танин, кофеин, катехины, сахара, камедь, витамин С и (в небольшой количестве) В₁, В₂, К, Р, а также следы эфирных масел. В семенах чайного плода — до 36% жирного масла. Терпкий, вяжущий вкус придают чаю дубильные вещества и катехины, присутствие эфирных масел определяет его душистый аромат, а тонизирующее действие зависит от кофеина.

Ни один напиток в мире не имеет такой популярности, как чай. Но готовят его в разных частях планеты по-разному. Особым своеобразием отличается употребление чая в азиатских странах. Например, в Центральной Азии варят похлебку, в состав которой входят плиточный чай, соль, жир и молоко. В наших среднеазиатских республиках пьют местами зеленый чай с солью, а тибетцы добавляют сюда и прогорклое масло. Очень высока культура приготовления чая в Японии и Китае, однако пьют его там, как правило, без всяких добавок.

В лечебных целях употребляется как сам напиток, так и препараты из кофеина. Следует, однако, помнить, что кофеин и его препараты противопоказаны всем вообще пожилым людям, лицам с повышенной возбудимостью, страдающим глаукомой, при выраженной гипертонии, атеросклерозе.

Перечень показаний обширен. Научная и народная медицина рекомендует чай при упадке сердечной деятельности, головных болях, при физической и умственной усталости. Установлено, что «напиток бодрости» стимулирует деятельность коры головного мозга, повышает кровяное давление, способствует расширению кровеносных сосудов, благотворно действует на органы дыхания.

Чай обладает антитоксическими свойствами. Благодаря наличию дубильных веществ он нейтрализует действие ядовитых веществ, поэтому полезен при отравлениях. Компрессы из чая снимают боль и жар при солнечных ожогах.

Особого упоминания заслуживает зеленый чай. Если срок хранения не превышает трех месяцев, это действенное средство для стимуляции кроветворения, для укрепления кровеносных сосудов. Отмечено также его противолучевое действие — способность связывать стронций-90.

ЧЕСНОК

Чеснок принадлежит к числу древнейших огородных культур. Интересно отметить, что его использовали не только в пищу и как лекарство, но и для бальзамирования покойников. В Италии, например, найден древний этрусский саркофаг — захоронение девочки, при бальзамировании которой был в большом количестве положен чеснок. Мумия оказалась в отличной сохранности.

В луковице чеснока содержится эфирное масло. Оно представляет собой продукт расщепления гликозида аллинина, который выделяется под действием фермента аллииназы и кислорода воздуха, в случае когда мы раздавим луковицу. Аллицин переставит в воде, обладает специфическим запахом. Он оказывает сильное бактерицидное действие. Кроме того, в луковице чеснока содержатся полисахариды, витамин С, большое количество фитонцидов.

В пищевой промышленности, в быту, медицинской практике используется луковица. Препараты чеснока действуют антисептически, убивают, как правило, болезнетворных микробов грибов, простейших. Они расширяют кровеносные сосуды, подавляют процессы брожения и гниения в кишечнике, улучшают работу сердца, двигательную и секреторную функцию желудка. Применяют при лечении атеросклероза, гипертонической болезни, запоров, диспепсии, хронических колитов вздутия живота, хронических бронхитов, туберкулеза легких.

Из чеснока готовят лекарственные препараты — аллипат, аллифид, сативин, спир-

товую настойку, которые действуют антисептически. Настой из 1—2 головок чеснока на 1 стакан воды или молока применяется как глистогонное средство в виде клизм. Используют его также при воспалительных заболеваниях легких — бронхите. Ингаляциями из чеснока лечат больных с ангиной, гриппом, катаром верхних дыхательных путей, бронхиальную астму.

В народной медицине России издавна применяют чеснок как противонепотное, мочегонное, глистогонное и возбуждающее деятельность почечных желез средство, при водянке, камнях в мочевых путях. В домашних условиях нередко используют сок чеснока при простудных заболеваниях, насморке. Для этого берут 1 часть свежеприготовленного морковного сока, 1 часть растительного масла и несколько капель чесночного сока, и смешав их, закапывают в нос несколько раз в день.

Болгарская народная медицина рекомендует жареный чеснок с репчатым луком при панарициях. Сок чеснока, смешанный со свиным жиром, можно втирать в кожу шеи и грудной клетки при коклюше. Измельченный чеснок нашел применение при лечении кожных заболеваний — чесульчатом лишае, бородавках, облысении.

Чеснок — незаменимый компонент при приготовлении мясных, рыбных и овощных блюд, придает им вкусовые качества, остроту. Широко применяется в пищевой промышленности, прежде всего при консервировании овощей — огурцов, томатов, перца, кабачков, баклажанов. Не обойтись без него и при изготовлении колбасных изделий.

ШАЛФЕЙ

Врачи древней Эллады Гиппократ, Диоскорид высоко ценили целебные свойства шалфея, считали очень полезным при бесплодии, хорошим тонизирующим и желудочным лекарством. Как о лекарственном растении писал о нем древнеримский медик Гален и автор «Естественной истории» Плиний Старший. Водный настой листьев шалфея известен как «греческий чай».

Установлено, что в листьях шалфея содержится эфирное масло, дубильные вещества, урсоловая и олеаноловая кислоты, алкалоиды, уварол, нарадифеол. В масле шалфея имеется еще целый ряд ценных химических веществ.

Растение широко используется с лечебной целью во многих странах. Употребляют его в виде водных настоев или отваров. В индийской медицине — как ароматическое вяжущее средство, в Польше — как противовоспалительное, дезинфицирующее, вяжущее, смягчительное средство.

В русской и немецкой народной медицине растение применяют в виде чая при болезнях горла, простудах, зубной боли, охриплости, желудочно-кишечных заболеваниях, воспалительных процессах печени и почек. Свежую траву используют наружно при лечении опухолей.

Сейчас в Молдавии, Крыму научились изготавливать густой концентрат шалфейного препарата. Лекарство годами сохраняет целебную силу.

ШИПОВНИК

Шиповник — родной брат розы. Отсюда название — дикая роза, в отличие от садовой. Растение с глубокой древности получило широкое распространение и было введено в культуру

в странах Ближнего Востока и Южной Европы, в Китае и Индии, в Средней Азии и Иране.

В нашей стране распространено еще несколько видов шиповника: коричный, собачий, иглистый, лаурский и др. Всего известно в СССР около 90 видов растения.

Химический состав плодов характеризуется наличием сахара (около 18%), пектиновых и дубильных веществ, лимонной, яблочной и других органических кислот, флавоноловых гликозидов. Особо надо говорить о содержании витаминов. Шиповник — в подлинном смысле слова витаминный чемпион: не знает он себе равных среди плодовых и ягодных растений по содержанию витаминов С и Р. Аскорбиновой кислоты (витамина С) в плодах его в 10 раз больше, чем в черной смородине, в 50 раз больше, чем в лимоне, и в 100 раз больше, чем в яблоках. Кроме того, содержатся витамины А, В₂, К и Е. Кстати, отличить высоковитаминные виды растения от низковитаминных можно, не прибегая к химическому анализу, — по чашелистикам, остающимся на верхних концах ложных плодов, вплоть до их созревания. У высоковитаминных видов (таковы шиповники иглистый, коричный) чашелистики стоят торчком, у низковитаминных (шиповник собачий) опущены вниз, прижимаются к стенкам плода.

Как поливитаминное растение шиповник широко используется в практической медицине. Применение в ней находят не только плоды и семена, но и цветки, листья и даже корни.

Шиповник — прежде всего бесценный источник витаминов. Достаточно сказать, что 1—3 плода способны обеспечить дневную потребность в витамине С взрослого человека.

Плоды (свежие) употребляют для получения сока и витаминного сиропа, из них готовят желе, варенье, вино, настойки, пюре, компоты. Пищевая промышленность выпускает драже, концентраты, медицинская — таблетки, жидкий экстракт. Для медицинских целей пригодны и сухие плоды.

Препараты, настой, чай из шиповника обладают многими ценными качествами. Например, настой плодов повышают сопротивляемость организма при инфекционных заболеваниях, ослабляют развитие атеросклероза и обладают общеукрепляющим, тонизирующим действием. Но и это далеко не все: настой плодов увеличивает выделение желчи, ослабляет и останавливает кровотечения, ускоряет заживление ран, ожогов, обморожений, обладает легким послабляющим действием.

Разнообразно и весьма благотворно действие препаратов из семян растения, корней, листьев, цветков. Отвар семян — хорошее желчегонное, мочегонное и противовоспалительное средство, отвар корней — вяжущее, желчегонное, антисептическое, полый настой листьев и цветков — противомикробное, болеутоляющее, универсальное желудочное средство.

Народная медицина использует шиповник (и безуспешно) при многих заболеваниях — простудных, желудочно-кишечных, почечно-каменных болезнях, авитаминозах, ревматизме, псевдотуберкулезе. При этом как внутрь (настой, отвары), так и наружно (ванны, обмывания).

Словом, растение во многих отношениях замечательное. Уже хотя бы своей универсальностью. Из плодов его готовят и прекрасный чай, и настой — как общеукрепляющее, из корней — отвар для лечения параличей (наружно) и различных желудочно-кишечных заболеваний (внутри). Впрочем, из плодов можно сделать

от варенья и наличием до красивой оранжевой краски.

ЩАВЕЛЬ

Щавель — древняя огородная культура. Растение фигурирует у древнеримских авторов: комедиографа Плавта, поэта Вергилия; в «Естественной истории» Плиния Старшего. В «Каноне врачебной науки» описаны целебные свойства щавеля кислого (Авиценна называет его садовым) и дикого, который, по мнению автора, «во всех отношениях сильнее садового».

Кислый вкус щавеля зависит от содержащейся в его листьях щавелево-калевой соли, а ценность его как пищевого и лекарственного растения определяет наличие многих необходимых для человеческого организма химических соединений. В их числе минеральные соли: органические кислоты (яблочная, лимонная, щавелевая), белки, сахара, флавоноиды, каротины, витамины В₁, В₂, С, К, РР. Витаминами богаты все виды щавеля, витамина С особенно много в щавеле конском (этот вид отличается высоким толстым стеблем, крупными листьями и мощной корневой системой).

В пищу как листовой овощ используется в основном щавель кислый, реже — конский. Все виды рода щавеля — витаминные и лекарственные растения, обладающие способностью улучшать пищеварение, функции печени и желчного пузыря, заживлять раны, останавливать кровотечения, все они полезны при малокровии, сердечно-сосудистых заболеваниях.

Есть, однако, и противопоказания: мочекаменная, желчекаменная болезни, нарушения солевого обмена. В этих случаях употребление щавеля или каких-либо препаратов из него может привести к пагубным последствиям (задержка мочи, явления уремии и пр.). Объясняется это действием ядовитой щавелевой кислоты и ее солей.

Следует помнить, что питательнее и полезнее молодые листья (в них преобладают яблочная и лимонная кислоты), а более старые при варке требуют добавления мела, чтобы вывести в осадок щавелевую кислоту. Для этого достаточно одного грамма мела на килограмм листьев.

Листья и плоды щавеля кислого оказывают вяжущее и обезболивающее действие, листья — ранозаживляющее, противовоспалительное, антитоксическое и противогрибковое. Отвар листьев усиливает образование желчи, улучшает работу печени, его назначают при кровотечениях или наклонностях к ним, а также при различных сыпях и зуде кожи — как антиаллергическое.

Щавель конский (отвары, порошок из корней) хорошо зарекомендовал себя при поносах, колитах, энтероколитах, гемоколитах. Отвар всего растения эффективен при простудных заболеваниях.

ЯБЛОНЯ

Яблоня служит человеку, очевидно, со времен древнекаменного века, когда охота и собирание диких плодов были основным источником существования первобытной общины. В культуру яблоня введена в глубокой древности (не менее 5 тысяч лет назад), ее хорошо знали ранние цивилизации Востока и Запада. Уже тогда она служила не только продуктом питания, но и лечебным средством.

В значительной мере это обусловлено химическим составом плодов. Свежее яблоко содержит воды до 83%, безазотистых экстрактивных веществ — 13,8%, белка — 0,4, жира — 0,2, клетчатки — 1,3%. В группе растворимых веществ первое место занимают сахара (фруктоза, глюкоза, сахароза); в яблочном соке много органических кислот (яблочная, винная, лимонная и др.), витаминов С, В и А, есть дубильные вещества, эфирные масла, минеральные соли.

Яблоки — чудесный продукт для заготовок. Из яблок делают варенье, мармелад, джем, пастилу, сок, квас, сидр, вино. Из него вырабатывают эссенцию для безалкогольных напитков, из выжимок получают уксус, который одновременно и хорошая специя, и лекарство. Семена яблоки используются для приготовления пищевого масла.

Свежие плоды — давнее и проверенное лекарственное средство. Протертые сырые яблоки употребляют при колитах. Яблочный отвар смягчает кашель. Очень полезны они при малокровии, так как содержат в значительном количестве яблочнокислое железо.

Научная медицина использует экстракт яблочнокислое железа, получаемый в результате обработки яблочным соком железных стружек или порошка железа. Это густая зеленовато-черная жидкость сладковато-вяжущего вкуса, в ней около 5% железа. С помощью этого экстракта лечат заболевания хлорозом.

В народной медицине яблочный сок или слегка взброженный сидр применяется (и весьма успешно) при желудочно-кишечных заболеваниях. Плодовое тесто, повидло, пюре — замечательные, поистине бесценные диетические средства.

Яблоки благоприятно действуют на пищеварение. Их употребление дает хороший лечебный эффект при острых и хронических колитах, ожирении, гипертонической болезни, атеросклерозе, подагре, болезнях печени и почек.

Яблоня — и садовая и дикая — в своем хозяйственном применении универсальна. По ряду показателей дикая не уступает садовой, а по некоторым — содержанию кислот, витаминов, дубильных веществ — даже превосходит ее.

ЭТЮДЫ О ЗДОРОВЬЕ

А. В. ЛАНЕЦКИЙ

АНАМНЕЗ

Старик не спал. В последнее время приступы стали частыми, приходили в основном после полуночи, и тогда весь остаток ночи Иван Степанович проводил в старом продавленном кресле, глотая таблетки и боясь потревожить соседей по коммуналке — милиционера-лимитчика с женой и двумя детьми. Он привык коротать ночи в одиночку, чутко прислушиваясь к своим ощущениям, иногда разговаривая со своей болью — ведь они были старыми знакомыми. Старик знал, что, постепенно нарастая, разливаясь по всему телу, она не сделает последнего рывка, который оборвет его страдания, а вдруг отступит, подарив ему еще день жизни, и тогда он задремлет в кресле и будет улыбаться во сне.

«Скороую» Иван Степанович уже давно не вызывал — знал, что, услышав про возраст — 83 года, — диспетчер попытается не принять вызов, а если настоять, машина придет спустя пару часов, в больницу все равно не возьмут, и хорошо, если, оказывая помощь, не обругают...

Но эта ночь была особой, и старик не спал с затаенным чувством радости — перед ним лежало направление в больницу. Оно было на послезавтра, и потому наступающий день виделся ему заполненным приятной суетой сборов на лечение.

Это направление Иван Степанович получил, можно сказать, случайно. Ему нужен был рецепт на лекарство, и он вызвал врача на дом, поскольку самому идти в поликлинику было трудно и далеко. На этот раз вместо привычного участкового терапевта, румяного здоровяка, всегда входящего с прибауткой: «Ты жива еще, моя старушка?», весело смеясь при этом, — пришла молодая женщина с мягким голосом и теплыми руками. Осмотрев Ивана Степановича и узнав, что ему ни разу не предлагали лечиться в больнице, она вдруг покраснела, словно ее уличили в чем-то стыдном, и тут же написала направление, сказав, что сама добьется, чтобы положили без очереди, и пообещала зайти сообщить, когда ложиться. И действительно зашла. И принесла бумагу, уже подписанную в каких-то инстанциях. И, рассказывая куда и когда явиться, опять покраснела.

И вот сейчас, глядя на направление, старик вспоминал эту странную женщину, и ставшая привычной мысль о собственной ненужности и обреченности уходила куда-то на задний план, вытесняемая надеждой.

С утра Иван Степанович обзвонил своих уже немногочисленных и столь же немощных знакомых, сообщая с нескрываемой гордостью, что завтра ложится в больницу, и был весьма озадачен одним из них, сказавшим, что надо обязательно сделать подарок лечащему врачу — тогда и лекарства найдутся хорошие, да и вообще в последнее время так принято...

Иван Степанович за всю свою жизнь лежал в больнице лишь однажды, довольно давно, когда, вероятно, «принято» еще не было, — его хорошо лечили и без подарков. Однако, подумав, решил, что знакомый прав, и, пожалуй, подарок сделать надо — он понимал, что поправить здоровье как следует ему больше не удастся.

Выйдя в коридор, он прошел на кухню, где уже завтракал сосед. Несколько замедлившись, — милиционер все-таки, — он спросил, что лучше подарить врачу. К удивлению, милиционер воспринял его вопрос как должное, мол, подарок врачу — дело святое и без этого никак нельзя, и небрежно заметил — лучшего подарка, чем бутылка коньяка, не пайти. Тут же назвав несколько хороших магазинов, посоветовал брать армянский.

После обеда похолодало. Но несмотря на это, перед магазином стояла длинная очередь. Иван Степанович пристроился в хвосте, но через полчаса понял, что внутрь попадет не скоро, а ноги в стареньких ботинках уже начали мерзнуть. Тут он вдруг подумал, что даже не узнал, есть ли в продаже коньяк. Подойдя к выходу, он спросил об этом у полупьяного парня, загородившего дверь своим телом, регулируя очередь. Парень находился в благодушном настроении и, покровительственно взглянув на старика, сказал:

— Ну; ты, дедуля, даешь! Я бы на твоём месте пять «Агдемов» взял! Ладно, иди... Он за коньяком, мужики, — крикнул виновный страж загулевшей толпе и впустил старика в магазин.

Подойдя к прилавку, Иван Степанович вытащил из перчатки аккуратно сложенную в несколько раз пятерку и лишь потом взглянул на витрину. Цены потрясли его так, что он часто заморгал и на вопрос продавщицы: «Вам чего, папаша?» — тихо пробормотал: «Я только посмотреть...» И стал выбираться из магазина, провожаемый недоуменными взглядами.

По дороге домой он все никак не мог прийти в себя и все спрашивал кого-то: «Это что же получается? Это одна бутылка — треть моей пенсии? Это сколько ж надо получать, чтоб его пить?..»

Дома, уставший не столько от похода, сколько от пережитого потрясения, он не мог успокоиться, и когда сосед пришел обедать, начал возбужденно рассказывать ему об этом случае. Однако милиционер только посмеивался.

— А ты хотел как раньше — «сучок» за двадцать один двадцать старыми? Нет, Степаныч, нынче цены не те. Хочешь — пей, не хочешь — гуляй. А что очередь — зря ты сам поперся, — сказал бы мне, я бы взял...

Иван Степанович ушел в свою комнату и в изнеможении опустился в кресло. Рассеянно взглянув на направление, он вдруг решил, что, наверное, в больнице врачи такие же внимательные, как приходившая к нему, и что не отблагодарить их будет неудобно. Потом ему пришла в голову мысль, что, лежа в больнице, он сэкономит на питании и, решительно достав необходимую сумму из жестяной коробки из-под чая, вручил деньги соседу.

Вечером, получив бутылку, и еще раз посетовав на цены, Иван Степанович любовно завернул ее в белую глянцевую бумагу и положил в саквояж, где уже лежало его нехитрое имущество, собранное в больницу. Он лег в постель, но тут же сел, свесив ноги в калесопах, с ужасом подумав, что, если лечащим врачом будет женщина, его подарок окажется не к месту. Промаявшись ночь без сна, старик отправился в больницу задолго до назначенного часа и потому оказался первым в очереди. Терпеливо вынес длинную и беспорядочную процедуру оформления, он наконец оказался в палате.

Здесь, кроме него, было еще четыре человека. Сразу узнав от них, что лечащий — мужчина, Иван Степанович успокоился и воодушевился.

Через час врач зашел. Он оказался невысоким, худощавым лицом и грустными бесцветными глазами. Быстро расспросил старика о болезни, что тот написал, посмотрел, выслушал легкие и сердце и сказал, что «очень страшного ничего нет» и «это мы подлечим»...

Поняв, что врач собирается уходить, Иван Степанович, смущаясь и краснея, протянул ему бутылку. Доктор не удивился и, сказав явно дежурное: «Ну что вы, зачем это», — взял сверток и вышел из палаты. Почувствовав огромное облегчение, старик улегся на свою кровать и уснул.

Придя в ординаторскую, Михаил Васильевич сунул бутылку в стол, подумав: «Страшный старик, обычно перед выпиской дарят», — и вскоре забыл и о бутылке, и о новом больном, занявшись другими делами, — он сегодня дежурил, и хлопот было много.

Вечером, когда коллеги ушли и Михаил Васильевич остался один, заполняя историю болезни, дверь приоткрылась, и в ординаторскую робко заглянула медсестра Наташа. Увидев ее, он поморщился — ведь специально поменялся, чтобы не дежурить с ней, но, вероятно, Наталья узнала об этом и тоже поменялась... Михаил не хотел оставаться с ней наедине — он знал, что последует неприятное и неупругое выяснение отношений. Это случилось частенько после того, как их короткий роман закончился. Собственно, и не было никакого романа. Просто, оставшись вдвоем однажды на дежурстве, они сидели в ординаторской, беседуя «за жизнь», и как случилось все остальное, Михаил точно даже не мог вспомнить. Потом было еще несколько совместных дежурств, но постепенно он стал тяготиться этой связью, всячески старался избегать Натальи, но она преследовала его, плакала, говорила, что любит, и все это было печально и скучно.

Вот и сегодня, едва лишь Наталья вошла, он увидел на ее глазах слезы, и чтобы разрядить обстановку, сказал: «Ты знаешь, сегодня повеселюсь, старикан бутылку коньяка притащил. Давай по чуть-чуть для поднятия тонуса?» Слезы на глазах у Натальи высохли, они выпили по рюмочке, потом еще по одной... Настроение у Михаила стало улучшаться. Когда бутылка опустела, он притянул Наталью к себе, и она, немного захмелевшая, с готовностью ответила на ласку.

Они расстались далеко за полночь. Наталья ушла к себе, а Михаил Васильевич лежал на диване, курил и думал, что не так уж плохо, что у него есть эта медсестра, с которой можно отдохнуть от жены и хоть как-то скрасить однообразие дежурства.

В дверь постучали. Вошла Наташа, посерьезневшая, официальная.

— Михаил Васильевич, там у этого нового старика приступ. Вы подойдете?

— Поставь пока нашу обычную капельницу, а там посмотрим...

Наташа ушла в процедурный кабинет. Заниматься большим не хотелось. Голова кружилась от выпитого, топило ко сну. И когда вместо положенных двух кубиков сильнодействующего лекарства, она случайно влила в капельницу пять, решила, что ничего страшного не произойдет и переделывать не стала.

Иван Степанович лежал в кровати и, несмотря на усиливающуюся боль, был доволен. Он думал, что вот сейчас к нему придут, помогут, сделают что-нибудь, и он спокойно уснет. В палату вошла медсестра, несла стойку с капельницей.

Она быстро уколола вену и, открыв путь раствору, вышла в коридор. Через несколько минут Иван Степанович почувствовал какое-то неприятное царапанье в груди. Он хотел позвать медсестру, но соседи уже спали и будить их было жалко. «Ничего, пройдет», — успокаивал он себя. Но царапанье усилилось, стало вдруг не хватать воздуха...

Михаила Васильевича разбудил беспокойный стук в дверь.

— Михаил Васильевич! Старик-то умер!

— А, черт! Опять рапорт писать! Ладно, досыпай, утром все оформим...

ПРОГНОЗ НА ФЕВРАЛЬ 1991 г.

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 4, 5, 6, 9, 13, 20, 21, 25, 28

Дни благоприятные 1, 2, 7, 10, 11, 12, 16, 17, 23, 26

Дни повышенной конфликтности 3, 8, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 27

Влияние на вашу волевую сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жизни 1, 2, 6, 15, 16, 21, 22, 26

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 5, 8, 9, 13, 14, 18, 24, 28

Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 4, 7, 17, 19, 23, 25, 27

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 2, 7, 9, 23

Дни меньшей продуктивности 4, 5, 6, 10, 12, 13, 18, 19, 21, 28

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 1, 2, 12, 13, 16, 17, 20, 23, 25

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 3, 4, 5, 18, 21, 24

Дни повышенного травматизма 8, 9, 14, 15, 27

В. Е. Поляков

БОЛЕЗНИ КРОВИ И ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ

Часть II

Заболевания крови, столь нередкие в наше время, у людей, встречающихся с ними часто, вызывают самые невероятные опасения, страхи и, как правило, полное непонимание того, что происходит с организмом при тех или иных болезнях крови, каковы шансы на излечение, меры профилактики. В предыдущей статье («Твое здоровье», № 11/90) речь шла о том, как возникает и развивается система кроветворения, рассказано о железодефицитной анемии. Теперь же перейдем к рассмотрению гемофилии и болезни Верльгофа у детей.

ГЕМОФИЛИЯ

Это заболевание входит в группу геморрагических диатезов (предрасположение к кровоизлияниям), представляя собой нарушение свертываемости крови (коагулопатия). Дословно гемофилия — склонность к кровоточивости и кровоизлияниям. Характерны длительные, неадекватные повреждению, травме или операции кровотечения и кровоизлияния, иногда без видимой причины — спонтанные.

О происхождении болезни

Гемофилия известна с древних времен. Еще в Талмуде (II в. до н. э.) описаны случаи непрекращающихся кровотечений у некоторых мальчиков после ритуального обрезания, что приводило к неизбежному летальному исходу. Как самостоятельное это заболевание описано в 1784 г. (Фордайс), а термин «гемофилия» предложен в 1928 г. (Хопфф).

Заболевание обусловлено низким содержанием, количественной и качественной недостаточностью какого-то одного из факторов свертывания крови. Плазменные факторы свертывания крови имеют римскую нумерацию.

Классическая гемофилия (до 85% всех случаев) обусловлена дефицитом VIII фактора (антигемофильного глобулина). Ее именуют гемофилией А.

Гемофилия В (болезнь Кристмаса) связана с дефицитом IX фактора (плазменного тромбопластинового компонента). На ее долю приходится еще до 13% всех разновидностей гемофилии.

Гемофилия С происходит от недостаточности XI фактора (плазменного предшественника тромбопластина), частота ее не превышает 1,5%, а остальные 0,5% связаны с дефицитом других плазменных факторов свертывания крови. Как и гемофилия С, не являются истинными гемофи-

лиями парагемофилия, или гипопроакцелеринемия (дефицит фактора V), ангиогемофилия (дефицит фактора Виллебранда), гипопроконвертинемия (дефицит фактора VII), болезнь Стюарта — Прауэра (дефицит фактора X).

Если при истинных гемофилиях А и В наблюдается рецессивный, сцепленный с полом тип наследования, то при гемофилии С отмечается ауто-сомнодоминантный тип наследования.

Рецессивный, сцепленный с полом (X-хромосомой) тип наследования проявляется в том, что гемофилией, как правило, болеют мужчины, а женщины выступают лишь кондукторами-передатчиками болезни. Поскольку брак и рождение ребенка у больного гемофилией мужчины и женщины-кондуктора регистрируются чрезвычайно редко, сыновья больных гемофилией, как правило, не болеют этим заболеванием, но у дочерей проявления гемофилии описаны в 60 случаях.

А вообще заболевание наследуется от деда внуку. Дочери и сестры пробанда являются кондукторами (скрытыми проводниками) заболевания, в связи с чем они могут передавать заболевание не только своим сыновьям, но и через дочерей-кондукторов внукам, правнукам и более позднему потомству мужского пола.

Наследование заболевания отчетливо прослеживается почти в 70% случаев гемофилии, а в 30% случаев остается предположить спонтанную мутацию генов в X-хромосоме. Мутация при сперматогенезе в 30 раз выше, чем при овогенезе. Таким образом, мутация генов в X-хромосоме с большей вероятностью первоначально происходит в организме отца пробанда, нежели матери.

Клиническая картина

Наблюдающиеся в виде обширных гематом в тканях кровоизлияния, не останавливающиеся самопроизвольно кровотечения обусловлены нарушением внутреннего механизма свертывания крови (его 1-й фазы) вследствие количественного и качественного дефицита одного, какого-то фактора свертывания крови.

Частота гемофилии колеблется от 6,6 до 18 на 100 000 населения мужского пола. Отмечается сезонность кровоточивости, устойчивость к травмам сменяется повышенной чувствительностью к ним в весенний (март—май) и осенне-зимний (сентябрь—декабрь) периоды.

Самый характерный симптом гемофилии — кровотечение, обычно связанное даже с небольшой травмой. Кровотечения у больного гемофилией возникают часто, легки, они длительны и

обычно применяемые для остановки кровотечения меры эффекта не дают.

Кровотечение при гемофилии гематомного типа. У новорожденных это обширные цефалогематомы, подкожные и внутрикожные кровоизлияния в области ягодиц и промежности, поздние кровотечения из пупочного канатика. К 1,5—2 годам даже незначительные травмы сопровождаются кровоизлияниями на лбу, конечностях, на ягодицах, а прорезывание зубов, прикусывание языка и слизистой щек, вакцинация сопровождаются длительным, иногда многосуточным (до 2—3 недель) кровотечением, часто отмечаются кровоизлияния в голеностопные суставы.

Гематомы подкожные и межмышечные обширные, неадекватны травме. Клинически они напоминают опухоли. Сопровождаются «цветением» (голубой цвет — сине-фиолетовый — бурый — желтый) и рассасываются долго — до 2 месяцев.

Кровотечениями из носа, десен, слизистых оболочек ротовой полости страдает до 75% больных детей. Почечные кровотечения могут быть обусловлены наличием почечных камней, а кровотечения желудочно-кишечные чаще бывают спровоцированы травмой. У больных гемофилией детей описаны обильные кровотечения после удаления зубов (даже со смертельным исходом). Кровоизлияние в глаз при ушибе может в конечном итоге привести к слепоте (ретробитальное кровотечение — экзофтальм — сдавление зрительного нерва — слепота).

Кровоизлияние в спинномозговой канал при травме может привести к летальному исходу или явлениям тетрапареза, параплегии с атрофией мышц и анестезией кожи, парезом тазовых органов.

Примерно с 2—3-летнего возраста у 90—95% детей отмечаются гемартрозы крупных суставов: коленных, голеностопных, плечевых, локтевых, лучезапястных, тазобедренных. Отмечаются боль, припухлость, местное и общее повышение температуры, защитная контрактура мышц.

Воспаление синовиальных оболочек приводит к гемартриту. Ребенок сохраняет согнутое положение конечности, что приводит к атрофии и слабости мышц, деформации суставных концов, остеопорозу, подвывиху и анкилозу (неподвижности) сустава.

Возможности диагностики

Диагностика основывается на сведениях анамнеза (наследование среди мужчин по материнской линии) и клинических проявлениях. Это могут быть поздние постоянные или вновь возникающие кровотечения:

через несколько часов после травмы, повреждения или хирургического вмешательства (например, после удаления зубов);

кровотечения в мышцы и суставы;

внутримышечные кровоизлияния с длительным сохранением в жидком виде излившейся в ткань крови и широким пропитыванием ее вдоль фасций;

признаки возникших ранее кровоизлияний в суставы — утолщение суставной капсулы, наполнение сустава кровью, ограничение объема движений в суставе, гематомы, атрофия и контрактуры, вовлечение в процесс нервов (потеря чувствительности, паралич мышц).

Важно учитывать, что количество тромбоцитов при гемофилии соответствует норме, дли-

тельность кровотечения по методу Дьюка нормальная (2—4 мин), а время свертывания крови удлинено.

Норма времени свертывания: по Лп и Уайту (начало 2—3,5 мин — конец 6—10 мин), по Бюркеру (начало 2—3 мин — конец 3—4 мин), по Мас и Магро (начало 8 мин — конец 12 мин), по Сухареву (начало 30 с — 2 мин — конец 3—5 мин), по Фонио (начало через 5—8 мин — конец 15—18 мин).

Тест потребления протромбина в сыворотке оказывается сниженным. Если в норме полное потребление протромбина происходит менее чем за 60 минут, то при гемофилии оказывается возможным потребление свыше 60 мин. Тест генерации тромбопластина по Биггс — Дугласу замедлен.

В диагностике практически важны перекрестные пробы:

1) 0,1 объема крови или плазмы здорового человека нормализует время свертывания крови у больного гемофилией;

2) при палинии в крови здорового любого антикоагулянта проба при гемофилии не нормализует время свертывания, а наоборот, удлиняет ее.

Наиболее точная диагностика основывается на количественном определении факторов VIII и IX в плазме крови (у здоровых людей содержание VIII фактора колеблется от 60% до 250%). При иммуноэлектрофоретическом исследовании со специальными антисыворотками и факторами VIII или IX выявляется очень наглядная типичная дуга преципитации. Радиальная иммунодиффузия позволяет провести количественное определение антикоагулянта.

Тепловизионное обследование больных гемофилией позволяет выявлять различные стадии гемофилических артропатий: подкожных, межмышечных и фасциальных гематом, поражение печени (вирусные гепатиты В; при А, при В; неспецифические хронические гепатиты).

Рентгенологическое исследование костей и суставов выявляет изменения опорно-двигательного аппарата из-за кровоизлияний в мягкие ткани, в полости суставов, в костномозговые пространства.

Различают четыре специфические рентгенологические стадии гемофилического остеоартроза:

I — остеопороз суставных концов и утолщение суставной капсулы,

II — утолщение суставной капсулы, образование организующихся гематом внутри сустава,

III — разрушение подхрящевых отделов эпифизов, образование костных разрастаний, кистовидная перестройка эпифизов, сужение суставной щели,

IV — подхрящевые отделы эпифизов значительно склерозированы, суставная щель резко сужена или не видна. Отмечаются разрушения межмышечной ямки бедра, боковых поверхностей мыщелков и надколенника, полуполной выемки локтевой кости, образование краевых утолщений вдоль анатомической шейки плечевой кости (напоминает сухую костюеду), развитие остеоартропатий в тазобедренном суставе. Обнаруживаются крупные кистозные полости в эпифизах и диафизах костей с костными и известковыми включениями, гемофилические псевдокисты, кисти, экзостозные костные образования по краям костных кист, «козырьков», в краевых отделах кости (напоминают остеогенную саркому).

Крайне тяжелая форма гемофилии наблюдается при содержании на уровне 0—1% в плазме крови больного факторов VIII или IX. Тяжелая форма, если уровень содержания 1—2%; гемофилия средней тяжести — 2—5%, в легкой форме — выше 5% (но менее 45%). При латентной форме уровень выше 45%, но не превышает 65—70%.

По самым скромным подсчетам, на земном шаре общее число больных гемофилией составляет около 300 тысяч человек, из них в СССР — около 20 тысяч. Правильное лечение больного гемофилией стоит очень дорого. Считается, что при правильном лечении на 1 больного затрачивается сумма в 1 млн. долл., а неправильное лечение стоит значительно дороже (число диагностических ошибок составляет не менее 50%).

Лечение больных гемофилией складывается из заместительной терапии дефицита VIII или IX фактора, лечения гемартрозов, кровоизлияний в мягкие ткани, желудочно-кишечных кровотечений, почечных кровотечений, рентгенотерапии кровоизлияний, особого подхода к плановым и экстренным оперативным вмешательствам по жизненным показаниям, тщательно разработанной стоматологической помощи, лечения осложнений как самого заболевания, так и осложнений в результате длительного многолетнего применения препаратов крови и парастазия, препаратов против антигемофильных факторов.

Лечение гемофилии получило научную основу после того, как американские исследователи Паттерн и Гейлор открыли в 1937 г. антигемофильный глобулин (АГГ), а американская исследовательница Пул в 1965 г. получила из свежемороженой плазмы (путем ее специального оттаивания и центрифугирования) концентрированный препарат фактора VIII под названием «криопреципитат».

В настоящее время получены также высокоочищенные лиофилизированные концентраты фактора VIII — адсорбированный комплекс PPSB. Он содержит Р-протромбин, или фактор II; Р-проконвертин, или фактор VII; S-фактор Стюарта — Прауэра, или фактор X, и В-фактор Кристмаса, или IX фактор (плазменный тромбопластиновый компонент — ПТК).

Заместительная терапия при дефиците факторов VIII и IX рассчитывается по следующим формулам:

$$1. \text{Суммарная доза криопреципитата} = \frac{\text{МБ} \times \text{заданный уровень ф. VIII}}{1,3}$$

$$2. \text{Суммарная доза PPSB} = \frac{\text{МБ} \times \text{заданный уровень ф. VIII}}{0,5}$$

где

МБ — масса больного, кг, заданный уровень фактора выражен в процентах.

В знаменателе учитывается, что на каждую единицу активности АГГ (антигемофильного глобулина), введенную на 1 кг массы больного, можно ожидать повышение активности фактора VIII лишь на 1,3% (формула 1) и на каждую единицу активности (препарата, состоящего из комплекса нескольких факторов — II, VII, IX и X), введенную на 1 кг массы больного, можно ожидать повышение активности фактора IX лишь на 0,5% (формула 2). При этом за 1 единицу

активности принимается 100% активность фактора, который содержится в 1 мл смеси 3—5 свежих донорских плазм.

При гемофилии для остановки возникшего или предотвращения предполагаемого кровотечения нужно стремиться достигнуть необходимой концентрации антигемофильного фактора. Важно учитывать: интенсивность кровотечения или предполагаемый объем хирургического вмешательства, активность применяемого препарата, период полураспада его в крови, оптимальный режим введения, длительность курса лечения в днях и целевую установку заместительной терапии.

Среди различных кровотечений можно выделить три следующие группы:

1. Небольшие спонтанные кровотечения — умеренные кровотечения в мышцы без сдавления жизненно важных органов, кровотечения из слизистой рта, носа, небольшой ранки, умеренные гемартрозы, удаление одного зуба (исключая моляры).

Для остановки таких кровотечений достаточно повысить уровень VIII фактора до 10—20%, IX фактора — до 5—10%. Можно использовать свежую замороженную плазму 10—15 мл/кг или криопреципитат 10—15 ед/кг.

2. Кровотечения при удалении нескольких зубов, желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, обширные кровоизлияния в мышцы и тяжелые гемартрозы требуют для их купирования повысить уровень фактора VIII до 20—40%, фактора IX — до 10—20%. Применяют криопреципитат 10—30 ед/кг, препарат PPSB — 30—90 ед/кг.

3. Кровотечения при серьезных хирургических вмешательствах и серьезных травмах требуют повысить уровень фактора VIII до 50—60%, а фактора IX — до 80% (до операции) и до 50% (после операции). Применяют криопреципитат 50—100 ед/кг, препарат PPSB — 150—300 ед/кг.

Все антигемофильные препараты должны внутривенно вводиться только струйно, в возможно более концентрированном виде и как можно быстрее после их расконсервирования. Нельзя смешивать их с другими инфузионными растворами. Не должны до стойкой остановки кровотечения вводиться любые кровозаместители и препараты крови, не содержащие антигемофильные факторы.

При анемизации больного дополнительно назначают трансфузии эритроцитарной массы. Трансфузия 100 мл эритроцитарной массы эквивалентна введению 120 мг полностью утилизируемого железа.

При острых гемартрозах наряду с введением криопреципитата применяют временную иммобилизацию (не более 3—5 дней), обогревание пораженного сустава с помощью компрессов (охлаждение и холод местно противопоказаны, способствуют развитию гемартрита), рашпую аспирацию излившейся крови в сустав с последующим введением в сустав 40 мг — 60 мг гидрокортизона, фонофорез пораженного сустава с гидрокортизоном (гидрокортизон наносят на область сустава в виде жировой эмульсии: 125 мг суспензии гидрокортизона + 35,0 г ланолина + 15,0 г вазелина).

Массаж, строго дозированную лечебную гимнастику проводят с момента снятия иммобилизирующей повязки (с 5-го дня). Для полного успеха лечения и полного восстановления подвижности сустава в «холодном периоде» лечение суставов проводят 1 раз в 3 месяца 4 раза в год (фонофорез гидрокортизона, массаж, ИФК) на фоне введения криопреципитата.

При частых и упорно повторяющихся кровоизлияниях в один и то же суставы применяют рентгенотерапию (суммарная доза у детей до 14 лет не должна превышать 400 р). При острых гемартрозах разовая доза составляет 25—50 р, при хроническом остеоартрозе — 50—100 р.

Хороший эффект может дать при раннем применении субтотальная синовизэктомия (при стадиях поражения сустава I—II). В запущенных случаях применяют ортопедические вмешательства (редрессация, ахиллопластика, дистракция костей) с наложением аппаратов Волкова — Оганесяна, Плизарова и др.

За 30 мин до экстракции зубов больному гемофилией вводят 40 ед/кг антигемофильного препарата для повышения уровня дефицитного фактора до 30%. При дефиците VIII фактора антигемофильную плазму или криопреципитат вводят через каждые 12 ч. При дефиците IX фактора то же вводят через каждые 24 ч. Такую терапию проводят 2—3 дня.

При удалении молочных зубов во время их естественной смены коренными кровотечения из лунки удаленного зуба удается остановить обработкой кровоточащего участка тромбином, эписилонаминокaproновой кислотой, адрексоном. Предупреждает такое кровотечение трансфузия (до экстракции зубов) малых и средних доз антигемофильной плазмы, небольших количеств криопреципитата.

Удаление коренных зубов и одновременное удаление нескольких зубов (3—5), а также третьего моляра для предотвращения кровотечения требуют введения средних доз антигемофильных препаратов (криопреципитата) в первые 3 дня. Место экстракции — лунка удаленного зуба — прижимается тампоном, смоченным следующим составом: тромбин 0,25 + порошок эписилонаминокaproновой кислоты 0,5 + раствор адреналина (0,1%) 3,0 + дистиллированная или кипяченая вода 15,0 с добавлением гемостатической губки. Все перемешать, пропитать данным составом тампон.

Больной гемофилией ребенок должен проходить санацию зубов не менее 4 раз в год, что предотвращает кариес, экстракцию зубов, эпизоды кровотечения, расход антигемофильных препаратов.

Наружные кровотечения и геморрагии из ранок в ротовой полости купируют введением криопреципитата, антигемофильной плазмы, обработкой кровоточащего участка тромбопластином, тромбином, охлажденным 5—6%-ным раствором эписилонаминокaproновой кислоты, назначением внутрь эписилонаминокaproновой кислоты по 0,15—0,2 г/кг в сутки. На ранки ротовой полости накладывают давящие повязки, швы.

При желудочно-кишечном кровотечении эффективны большие дозы антигемофильных препаратов. Назначают: постельный режим и полухлажденную полужидкую пищу (стол № 1 по Певзнеру) — дают ее каждые 2 ч малыми порциями. Перед едой, каждые 2 ч, больному дают 15—20 мл жидкости по следующей прописи (тромбин 0,25 + эписилонаминокaproновая кислота 0,5 + дистиллированная вода 150 мл). Категорически противопоказаны глюкокортикоиды (преднизолон), ацетилсалициловая кислота, бруфен, индометацин, бутазолидин, анальгин.

При макрогематурии эффективны большие дозы антигемофильных препаратов (уровень фактора в плазме больного необходимо поддерживать на уровне выше 50%). преднизолон до 20—30 мг/сут. Ингибиторы фибринолиза при гематурии способствуют отхождению сгустков крови по

мочевыделительным путям, учащают почечную колику и могут способствовать анурии и уремии, а потому противопоказаны!

Опасными осложнениями лечения гемофилии являются:

развитие ингибиторной формы гемофилии в результате появления антител к фактору VIII или IX (применяют мегадозы криопреципитата 500—1000 ед/кг с использованием плазмоцитифереза и заменой плазмы больного свежей антигемофильной);

развитие вторичного ревматоидного синдрома (применяют преднизолон 20—40 мг/сут).

Что надо знать о прогнозе болезни

Гемофилия относится к весьма опасным заболеваниям — в детском и юношеском возрасте все еще отмечается высокая смертность. Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный. Конечно, при диспансерном наблюдении больного в условиях специализированного института, гематологического центра или отделения с превентивным введением антигемофильных препаратов удастся достигнуть менее тяжелого клинического течения заболевания, предупредить во многих случаях развитие осложнений, сохранить способность продолжать учебу и трудовую деятельность. Смерть больных гемофилией в таких условиях встречается все реже и реже, и наступает она обычно при врачебных ошибках в диагностике и лечении.

Профилактика гемофилии

В браке больного гемофилией с женщиной-кондуктором детей иметь не рекомендуется. Также и в браке больного гемофилией со здоровой женщиной при установлении пола ребенка (методом трансабдоминального амниоцентеза) на 14—16-й неделе рекомендуется прерывание беременности, но только в случае, если плод женского пола (учитывается опасность распространения гемофилии через будущую женщину-кондуктора).

В браке здорового мужчины с женщиной-кондуктором также детей иметь не рекомендуется (опасность рождения либо больного гемофилией мужчины, либо женщины-кондуктора). Вот почему так важно медико-генетическое консультирование вступающих в брак. Как распознаются генетические дефекты?

Выявление женщин-кондукторов возможно количественным биохимическим методом при определении фактора VIII или IX (у них уровень его всегда низок). Больные же гемофилией подлежат диспансеризации (в специальных центрах гемофилии — на базе институтов гематологии и переливания крови, а также в гематологических отделениях республиканских, областных и городских больниц), где им выдается «Книжка больного гемофилией». В ней указаны диагноз, группа крови, резус-принадлежность, формы гемофилии, тяжесть заболевания, проводимые мероприятия по лечению и профилактике кровотечений и кровоизлияний, рекомендации на случай обострения заболевания, курсы лечебной гимнастики и физиотерапии, запреты на внутримышечные инъекции, прием ацетилсалициловой кислоты, бруфена, индометацина, бутазолидина, анальгина. Лекарства рекомендуется принимать внутрь — перорально или вводить внутривенно.

Обычные прививки, если они проводятся, то лишь путем глубоких подкожных инъекций с последующим надавливанием на этот участок (для предотвращения кровотечения и кровоизлияний).

Больным детям необходим охранительный режим, запрет на участие в спортивных мероприятиях и играх, опасных столкновениями, травмами (футбол, хоккей, баскетбол, ручной мяч, регби). В воспитании необходима ориентировка на умственный труд, занятия музыкой, настольными играми. В некоторых странах имеются спецшколы для больных гемофилией, дающие ребенку как общее образование, так и навыки приемлемой для них профессии.

Посещать стоматолога больной гемофилией должен 4 раза в год. Дети, больные гемофилией, склонны к карнесу зубов из-за деминерализации зубов на фоне общей декальцинации костей вследствие частых кровотечений, нарушения фосфо-кальциевого баланса в твердых тканях зубов, образования сгустков крови в полости рта, обсеменения ротовой полости микробами, развития воспалительных процессов, а также из-за боязни обращаться к стоматологам.

В пищевом рационе не следует злоупотреблять измельченной и мягкой пищей. Обед и ужин следует заканчивать яблоком или сырой морковью, которые вызывают повышенное слюноотделение и способствуют очищению зубов от мягкого налета во избежание развития карнеса. Рекомендуется чаще питаться молочными продуктами (творог, сыр, простокваша, кефир), рыбой, овощами (особенно луком, чесноком, морковью и капустой). Важно ограничить прием сладостей, а после их приема, для профилактики брожения, необходимо обязательно прополоскать рот. Для лучшей очистки и дезодорации рта хорошо использовать зубные эликсиры по 10—30 капель на стакан воды температурой ниже 40° С.

С трех лет больных гемофилией детей необходимо обучить правильно чистить зубы, так, чтобы не травмировать слизистую полости рта: от десны к режущему краю (сверху вниз) — на верхней челюсти, и снизу вверх — на нижней челюсти, затем — жевательные поверхности зубов. После чистки зубов показан легкий пальцевый массаж десен. Предпочтительны зубные пасты выраженного антисептического и противовоспалительного действия.

Показаниями к удалению молочных зубов являются:

- острая одонтогенная инфекция во всех стадиях развития;

- длительные заболевания лимфатических узлов подчелюстной и шейной областей, связанные с одонтогенной инфекцией;

- зубы, являющиеся источником и причиной одонтогенного хронического сепсиса;

- пальчатое молочное зубило или корня при прорезавшемся одноименном постоянном зубе;

- подвижный молочный зуб, травмирующий и вызывающий кровотечение из слизистой оболочки и полости рта.

Удаление постоянных зубов требует следующих показаний:

- острая одонтогенная инфекция;

- омертвление пульпы многокоренных зубов;

- большое разрушение коронки зуба, не поддающееся восстановлению;

- аномальное положение зуба, травмирующее слизистую оболочку полости рта и вызывающее кровотечение (ортодонтические показания). Удаление происходит в три этапа: предоперационный, операционный, послеоперационный (о мероприятиях рассказано выше).

При диспансеризации больного гемофилией важно совместное с врачом-гематологом и врачом-

стоматологом наблюдение и ведение больного при обострениях и в «холодном периоде». Профилактика кровотечений, кровоизлияний и гемартрозов сводится к тому, чтобы поддерживать у больных гемофилией уровень факторов VIII и IX в крови выше 1—2%. Для этого больным гемофилией нужно вводить криопреципитат из расчета 20 ед/кг каждые 48 ч, а фактор PPSB из расчета 10 ед/кг дважды в неделю.

Важно учитывать, что больных гемофилией относят к группе риска по гепатиту и по СПИДу, а следовательно, профилактикой заражения этими заболеваниями является и тщательный контроль на станциях переливания крови, применение одноразовых систем для переливания компонентов крови, индивидуальных шприцев.

Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) у детей

Заболевание известно давно. Еще в 1557 г. Лузитанус описал пурпуру, протекавшую у больной без лихорадки, а в 1658 г. Ривироус сообщил о больном с проявлениями сыпи, напоминавшей укусы насекомых, не сопровождавшейся лихорадкой. В 1735 г. Верльгоф описал сильное носовое кровотечение у крепкой девушки в период менструального цикла с одномоментным появлением на руках черных, фиолетовых и пурпурно-красных пятен, как при натуральной оспе, развитием слабости, похолодания конечностей, обморока, тахикардии, коллапса. Полное выздоровление последовало самопроизвольно через 7 дней. О существовании такого заболевания стало широко известно с 1775 г., когда Вейхман напечатал работу Верльгофа в своем сборнике «О чистой геморрагической болезни».

О происхождении болезни

В наше время заболевание рассматривается как тромбоцитопеническая пурпура (пурпурный цвет — синевато-красноватый). Заболевание является геморрагическим диатезом (диатез — предрасположение, геморрагия — кровотечение), в основе которого — снижение количества тромбоцитов ниже минимальной нормы ($150 \times 10^9/\text{л}$). Уменьшение количества тромбоцитов чаще всего бывает вызвано их массивным, усиленным разрушением, иногда же их повышенным потреблением либо их недостаточным образованием. Эти механизмы могут сочетаться и проявляться одномоментно у одного больного.

Подавляющее большинство заболеваний являются приобретенными: 80% из них иммунные и лишь 20% неиммунные (этиология и патогенез неясны, отсюда название «идиопатические»).

Иммунные тромбоцитопении различны по происхождению: аутоиммунные, возникающие вследствие образования и появления антител к собственным тромбоцитам, например, в результате транспорта, переноса антитромбоцитарных антител от матери к плоду;

гетероиммунные, или гаптенные, возникающие вследствие образования антител к видоспецифическим под воздействием вирусов или компонентов антигенам тромбоцитов;

аутоиммунные, возникающие вследствие образования аутоантител или комплексов антиген — антитело, связанных с определенным докусом мембраны тромбоцитов; при этом аутоантитела могут иметь направленное действие как против антигена тромбоцитов и антигена мегакариоцитов, так и против общего антигена тромбо-

антитела и мегакариоцита, также и против общего антигена тромбоцита и эритроцита, наконец, против общего антигена тромбоцита, эритроцита и лейкоцита. У детей чаще развиваются гетероиммунные варианты тромбоцитопений, а у взрослых — аутоиммунные.

Тромбоциты, выполняя в организме антиотрофическую функцию, т. е. питают эндотелий кровеносных сосудов, а также адгезивно-агрегационную — приклеиваются к поврежденным участкам сосудов и друг к другу, принимают участие в гемостазе.

Но вот образующиеся к видоизмененным под воздействием вирусов или медикаментов антигенам тромбоцитов антитела разрушают кровяные пластинки. Тромбоцитопения (при тромбоцитопенической пурпуре), являясь основой кровоточивости, кровоизлияний и дистрофических изменений сосудов, приводит к повышенной проницаемости через их стенки эритроцитов как самопроизвольно, так и под влиянием даже легких травм. При иммунной тромбоцитопении основным местом выработки антитромбоцитарных антител становится селезенка. Антитела разных больных имеют, как правило, направленность против несходных антигенов.

При идиопатической (неиммунной) тромбоцитопении увеличивается выработка тромбоцитопатингов в ответ на низкое количество тромбоцитов. Это приводит к увеличению количества мегакариоцитов и количества тромбоцитов, образующихся за единицу времени, в 2—6 раз. Быстрое отщепление тромбоцитов от мегакариоцитов создает ложное впечатление о повышении в костном мозге недействительных мегакариоцитов. Отщепившиеся от мегакариоцитов тромбоциты быстро поступают в кровоток, где продолжительность их жизни оказывается резко укороченной — вместо 7—10 дней до нескольких часов. — так как они в первую очередь используются для питания стенки сосудов.

Клиническая картина

Заболевание чаще наблюдается весной. Среди детей заболевание чаще встречается в дошкольном и младшем школьном возрасте. Болеют одинаково часто до 10 лет мальчики и девочки, но в возрасте старше 10 лет в 3 раза чаще болеют девочки.

До развития пурпур от 3 дней до 3 недель у ребенка отмечаются в 85% случаев острого течения заболевания: озноб, лихорадка, повышение температуры, вирусная инфекция. Чаще это острая респираторная вирусная инфекция, грипп, краснуха, корь, ветряная оспа, эпидемический паротит, инфекционный мононуклеоз. Известно развитие тромбоцитопенической пурпур, спровоцированное у ребенка живой вакциной против кори, противосспенной вакцинацией.

Подкожные кровоизлияния располагаются несимметрично, имеют различную форму, величину, окраску, могут быстро рассасываться. Крупные кровоизлияния носят название экхимозов, мелкие — петехий. На слизистых оболочках рта, миндалин, мягкого и твердого неба, на задней стенке глотки мелкие кровоизлияния называются «анантемой». Пурпура проявляется петехиально-пятнистой кровоточивостью в кожу и подкожную клетчатку, кровотечениями из слизистых оболочек. Множественные обильные экхимозы по всему телу создают сходство со «шкурой леопарда».

Характерно «цветение» кровоизлияний в зависимости от срока, прошедшего со времени про-

явления кровоизлияний (ярко-красный — синеватый — зеленоватый — бурый — золотистый). Кровоизлияния часто наблюдаются в ночное время, не адекватные травме, не склонные к распространению в подкожной клетчатке и не создающие депо крови под кожей. Такие кровоизлияния могут быстро рассасываться, не имеют склонности к рецидивированию (как при гемофилии), не поражают волосяные фолликулы (как при скорбуте, цинге) и не бывают запоздалыми, отсроченными (как при гемофилии).

Появление петехий не удается связать с травмой, их возникновение носит спонтанный характер. Ничтожная травма во время игры или бытового характера может вызвать у ребенка значительное подкожное кровоизлияние. Однако подкожные кровоизлияния при тромбоцитопенической пурпуре у детей не имеют склонности к нагноению, не сдавливают крупные нервные стволы и не вызывают парезов нервов.

У больных детей возможны длительные кровотечения после травмы с повреждением кожи, после экстракции зубов, наблюдаются носовые и маточные (у девочек пубертатного периода) кровотечения. Как отдельные случаи описаны кровотечения из ушей, кровавый пот, кровавые слезы, кровавая рвота, гематурия, кровоизлияния в области лица, век, глаз. Кровоизлияния в мозг являются основной причиной внезапной смерти почти 3% больных детей (согласно А. В. Мазурину, 1967).

Дети с тромбоцитопенической пурпурой обычно бледные, пониженного питания. Над областью сердца у них выслушивается систолический шум. Почти у 40 % выявляется совсем незначительное увеличение селезенки (от пальпируемой в левой подреберной области края селезенки в виде слегка выступающего язычка до отчетливого увеличения, но не более 2 см).

Повышенная проницаемость капилляров определяется следующим образом при помощи специальных проб:

симптом жгута — на середину плеча на 10 мин. накладывают жгут таким образом, чтобы ниже жгута прекратить венозное кровообращение, но сохранить артериальное, — при положительной пробе появляется обильная петехиальная сыпь;

симптом щипка — на месте легкого щипка кожи появляются множественные петехии или кровоподтеки;

баночный симптом — на месте установки присасывающей банки на коже предплечья или передней поверхности груди появляются множественные петехиальные элементы.

Возможности диагностики

Учитываются описанные клинические проявления, предшествующая инфекция. В анализе крови количество тромбоцитов резко снижено.

Наличие кровотечений или обширных кровоизлияний может привести к развитию вторичной постгеморрагической анемии. В этом случае возможно резкое снижение количества эритроцитов (эритроцитопения), уровня гемоглобина (гемоглобинопения), может заметно понижаться цветовой показатель, в периферической крови могут выявляться в большом количестве ретикулоциты — до 20—40%, фиксироваться анизоцитоз (неравный диаметр) и пойкилоцитоз (резко измененные по форме) эритроцитов.

В период кровотечений может отмечаться лейкоцитоз и нейтрофилез, в период репарации после кровотечений может наблюдаться склонность

в моноцитопении. У части больных выявляется и резкая эозинофилия. Иногда это совпадает с двухтрехнедельным интервалом после перенесенной инфекции, иногда сопровождает инфекцию верхних дыхательных путей, слегка болезненную лимфаденопатию узлов подчелюстной и верхней шейной областей.

Нерезко увеличившая СОЭ отмечается либо в период кровотечений, либо в период сопровождающей пурпуры инфекции верхних дыхательных путей.

В костномозговой пункции, определяемое в пунктате число мегакариоцитов нормальное или увеличенное. При относительно компенсированном тромбоцитобразовании отмечается сдвиг влево в мегакариоцитограмме, выявляется омоложение мегакариобластного ростка за счет мегакариобластов, промегакариоцитов, базофильных и полихроматофильных мегакариоцитов. Встречаются мегакариоциты обычных размеров, с отщипуровкой тромбоцитов, а также голые ядра мегакариоцитов.

При декомпенсированном, нарушенном тромбоцитобразовании число мегакариоцитов в костномозговом пунктате увеличено за счет гигантских полихроматофильных мегакариоцитов без отщипуровки пластинок. Гигантские полихроматофильные мегакариоциты имеют выраженную гиперсегментацию и гипериллоидию ядер. Первая цитологическая картина характерна для острых иммунных форм тромбоцитопений, вторая — для тромбоцитопений с хроническим течением и более серьезным прогнозом в плане течения, рецидивирования, трудностей терапии.

Поскольку при тромбоцитопенической пурпуре страдает нутритивная (питающая) функция тромбоцитов, нарушается сократительная реакция кровеносных сосудов, понижается резистентность, устойчивость капилляров. Это выявляется при определении длительности кровотечения по Дьюку. В норме оно равно 2—4 мин, а при тромбоцитопенической пурпуре может достигать 10—30 мин. и даже нескольких часов у отдельных пациентов.

Резко снижается ретракция кровяного сгустка. В норме индекс ретракции равен 0,3—0,5, а при тромбоцитопенической пурпуре он может резко уменьшаться или не определяться вовсе.

В отличие от гемофилии время свертывания крови при тромбоцитопенической пурпуре, как правило, не замедлено.

Иммунный характер заболевания подтверждает обнаружение повышенного содержания антител (иммуноглобулина класса G) на поверхности тромбоцитов.

Применяют 3 метода: прямой и непрямой метод количественного определения IgG на поверхности тромбоцитов (проба Диксопа-Россе); метод освобождения 3-го пластиночного фактора (тест Гариаткина в модификации Хиршмана); метод тромбагглюцинации. В. Г. Савченко (1980) обнаружил повышенное по сравнению с нормой содержание иммуноглобулина G на поверхности тромбоцитов 85% больных тромбоцитопенической пурпурой и сделал вывод, что иммунохимический метод количественного определения IgG на поверхности тромбоцитов является наиболее эффективным в выявлении иммунологической анти-тромбоцитарной активности.

Возможности лечения

Прогноз тромбоцитопенической пурпуры у детей всегда достаточно серьезный в связи с ро-

альной опасностью внезапного кровоизлияния в мозг и молниеносным летальным исходом почти у 3% больных, а также в связи с вероятностью хронического, более 6 месяцев течением, заболевания с последующими обострениями почти у 15—20% больных.

Госпитализация и назначение строгого постельного режима необходимы в течение периода восстановления тромбоцитов до минимального уровня нормы ($150 \times 10^9/\text{л}$). Еще Н. Ф. Филатов подметил вредное влияние мясной пищи на течение тромбоцитопенической пурпуры у детей. В настоящее время доказана роль избыточного употребления белков, в особенности тех из них, которые являются пищевыми аллергенами, избирательно влияющими отрицательно на организм ребенка и вызывающими наиболее острое течение заболевания, а также рецидивы.

В этой связи медицинский персонал и родители должны быть обучены ведению пищевого дневника ребенка с обязательной записью и оценкой реакции кожи ребенка на тот или иной продукт питания, ту или иную кулинарную обработку пищи.

Исключительно важно купировать невротические реакции у больного ребенка, установить причину страха, потрясения, острого переживания, что может быть непосредственным пусковым механизмом развития пурпуры и ее неблагоприятного течения. Очень важен душевный комфорт и полный контакт ребенка с родителями, персоналом, школьными педагогами и товарищами.

Хороший лечебный эффект дают кортикостероиды (преднизолон) по 1—1,5 мг/кг в сутки. В тяжелых случаях допустимо повысить дозу через 5—7 дней после первичного назначения в 1,5—2 раза. При благоприятном воздействии прекращается вначале геморрагический синдром и лишь затем начинается постепенный рост числа тромбоцитов в динамически контролируемых анализах крови.

По мнению М. Уиллоуби (1981), стероиды помогают больным пережить тот период, когда особую опасность представляют кровоизлияния в центральную нервную систему или другие жизненно важные органы.

Допустима суточная доза преднизолона внутрь детям до 2 лет — 50 мг/сут, более старшим детям — 60 мг/сут. Через каждые 7 дней (при благоприятном клиническом эффекте) суточную дозу преднизолона снижают ступенчато: 60 мг — 50 мг — 40 мг — 30 мг — 20 мг — 10 мг — 5 мг. Число тромбоцитов, темп их нарастания не должны влиять на ступенчатую отмену преднизолона.

У некоторых больных (чаще при хроническом рецидивирующем течении заболевания с выраженным геморрагическим синдромом и резкой тромбоцитопенией) критическая цифра по Франку составляет $35 \times 10^9/\text{л}$, при продолжительности болезни более 6 месяцев с целью предупреждения рецидивов и поддержания терапевтического эффекта преднизолон назначают прерывистыми курсами — не более 4—5 недель с интервалами в 4—6 недель.

Возобновление геморрагического синдрома после отмены преднизолона является показанием для выяснения индивидуальных показаний к спленэктомии. Вопрос о спленэктомии может обсуждаться не ранее чем через 6 месяцев от начала заболевания. При умеренном геморрагическом синдроме и отсутствии катастрофической тромбоцитопении решение о целесообразности спленэктомии может быть отложено еще на 6 ме-

судов с попыткой успешного консервативного лечения глюкокортикоидами. Спленэктомия целесообразно выполняться в специализированном хирургическом отделении, имеющем тесную связь с гематологическим отделением.

Спленэктомия проводится на фоне глюкокортикоидной терапии. За 2 дня до операции суточную дозу преднизолона, купирующую геморрагический синдром, увеличивают в 2—3 раза. Следует помнить, что преднизолон, введенный парентерально, усваивается в 2 раза хуже и оказывает терапевтический эффект в 2 раза слабее, в связи с этим доза ампулированного преднизолона должна быть увеличена соответственно в 4—6 раз, а с 3-го послеоперационного дня — быстро (за 3—4 дня) снижают до исходного уровня под контролем кровяного давления. При резкой отмене преднизолона давление может остро и резко снижаться вплоть до развития коллапса и проявления геморрагического синдрома. На 7—11-й день после операции возможен гипертромбоцитоз (до 1 млн. тромбоцитов в периферической крови).

В последние годы эффективным терапевтическим мероприятием, особенно при иммунных тромбоцитопениях, зарекомендовал себя плазмацитоферез.

В 25% спленэктомизированных больных детей с тромбоцитопенической пурпурой геморрагический синдром рецидивирует. В этом случае кортикостероиды применяют в сочетании с иммунодепрессантами: винкристин (онковин) 1,4 мг/м² внутривенно 1 раз в 7 дней (в течение 1—2 месяцев); имуран (азатиоприн) 2—3 мг/кг в сутки (в течение 3—5 месяцев); циклофосфан 400 мг внутривенно 1 раз в 7 дней 3—5 месяцев (до 6,0—8,0 г на курс).

Викасол и хлористый кальций нецелесообразны, трансфузии тромбоцитов неэффективны (быстро разрушаются в селезенке и печени).

Для остановки кровотечений местно применяют гемостатическую губку, тромбин, адроксон, эцилонаминокапроновую кислоту.

При глубокой анемизации переливают отмытые размороженные эритроциты (из расчета 8—10 мл/кг массы больного). Трансфузия 100 мл эритроцитарной взвеси эквивалентна введению 120 мл полностью утилизируемого железа.

Больным детям с тромбоцитопенической пурпурой запрещается назначать препараты, которые способны нарушить агрегационные свойства тромбоцитов: аспирин, карбенициллин, кофеин, бутадиион, нитогид, барбитураты.

Возможности профилактики

После выписки из стационара необходимо установить диспансерное наблюдение за ребенком гематолога и педиатра до 5 лет. Большое значение имеет проведение плановой санации очагов инфекции (кариозных зубов, тонзиллита, синуситов, аденоидита, гайморита), дегельминтизации. Следует разъяснять родителям и школьным педагогам, медицинским сестрам поликлиник и воспитателям детских садов необходимость оберегать ребенка, переболевшего тромбоцитопенической пурпурой, от контакта с инфекционными больными, особенно болеющими вирусными инфекциями. Проведение профилактических прививок противопоказано.

ЧИТАТЕЛЮ НА ЗАМЕТКУ

«Готовь сани летом, а зимой телегу» — гласит народная мудрость. А вот о создании пищевых запасов на зиму могла бы быть написана много томная книга народной мудрости, охватывающая тысячелетний опыт народов, населяющих территорию СССР. Древнейшие народы, как выясняется, до сих пор сохраняют традиционные, из глубины веков дошедшие до нас способы домашней заготовки здоровой и разнообразнейшей пищи, готовой к употреблению в зимне-весенний период года.

Нужно ли говорить об актуальности этой темы в нынешние трудные времена, свидетельствующие об опасности государственной политики нарушения неоспоримого права каждого человека кормить самого себя (не ожидая распределения миски с общественной похлебкой). Рассказывает главный редактор ежемесячной газеты «Армянский вестник» (Москва) Ваган Геворгович ЭМИН.

ЗАЩИТА ОТ ГОЛОДА: РОЛЬ ЭТНИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Небывало урожайный год и дефицит продовольствия на зимне-весенний период? Да, это факт «перезрелости» нашей общественной сферы производства продуктов питания и системы распределения, крах всенародной мечты о возможности справедливой «дележки». Не вдаваясь в социально-экономические и политические аспекты этой проблемы, обратимся к тому, что называется народной мудростью, в надежде не утратить остатки здравого смысла и опыта человеческой жизни, о которой известно нам, к сожалению, лишь из воспоминаний предков.

Мы не до конца осознаем необходимость бережного отношения к естественно-историческим корням жизни каждого народа, ведь утрата значимых культурных и, казалось бы, мельчайших бытовых особенностей ее наносит непоправимый ущерб человечеству, а в конечном итоге каждому из нас — нашему мировосприятию, ментальности, если хотите, самочувствию и здоровью.

Не случайно на страницах газеты «Армянский вестник» в наступающем году мы начнем публиковать серию этноэкологических материалов, в частности, о целебных свойствах культурных и дикорастущих растений, используемых армянским народом, и способах их употребления, а также об особенностях здорового питания у армян, включая рецепты наиболее полезных и целебных национальных блюд. Кстати говоря, годовую подписку на газету можно оформить в любом почтовом отделении, отправив (по адресу: 117321, Москва, Профсоюзная ул., д. 142, корпус 3, кв. 212, Айрапетяну Роберту Мелитоновичу) перевод на сумму 10 рублей, написав на бланке перевода свою фамилию, имя и отчество, полный адрес с почтовым индексом, с указанием: «годовая подписка на «Армянский вестник» на русском языке». Телефон: 339-58-70.

Здесь же попробуем вкратце осветить вопрос злободневный о том, что трехтысячелетней давности опыт заготовки пищевых продуктов на зиму до сих пор бережно используется армянским народом, передается из поколения в поколение. Естественно-исторические основы питания, его особенности — в поле зрения Академии наук 27

Армения (известны, например, еще с 50-х годов XX века). Основания академика С. Т. Еремиана). Отмечается, что для армянской кухни особенно характерны те блюда, которые готовятся из зимних запасов съестных продуктов. А запасы эти весьма разнообразны, по существу, охватывают весь спектр используемой растительной и мясомолочной пищи. Почти все, что выращивается или производится летом и осенью, может быть заготовлено на зиму.

До сих пор армянский крестьянин — мастер по копчению мяса, рыбы, птицы. Сохранилось искусство приготовления ванского суджуха — копченой мясной колбасы, а слово «хозапухт» и поныне означает копченую свишину. Традиционно большое место среди зимних запасов мясных продуктов принадлежит консервированному мясу — тьял (турецкое название — «кавурма»), тушеное говяжье или баранье мясо всегда хранилось зимой в герметически закрытых и зарытых в землю глиняных кувшинах.

На зиму заготавливаются также кисломолочные продукты. На территории всего Армянского нагорья основным кисломолочным продуктом является сгущенное заквашенное молоко — мацун (от слова «мацудел» — сгуститься). Из мацуна варят различные молочные супы — спас, тапапур и др. Заготавливается в домашних маслобойках сливочное масло (караг), из которого получают масло топленое (югх), а из пахты (тан) на зиму готовят сухое кислое молоко (чор тан). Традиционно продукты эти хранились зимой в глиняных кувшинах (карас), в кожаных сумках (куруз) и мешках (тук). В мешках из засоленных шкур получался особый сорт сыра — мотал, а в специальных глиняных кувшинах с отверстием на дне изготавливался знаменитый армянский сыр павяр.

Хранились на зиму всякие корни, травы (чабрец, мята, базилик и др.), горох, чечевица, лук, чеснок. Сушат армяне для зимних блюд баклажаны и перец, бамбу, семена укропа, тмина (чапан) и другой зелени, варят томат-пасту, солят виноградные листья для толмы (в них заворачивают рубленое мясо, заправленное рисом или пшеничной крупой). Висели зимой над стоящими в ряд карасами (кувшинами) наанизанные на палки (кахан) зимние сорта винограда, персики, айвы, яблок, груш, распространяя аппетитный пряный запах. Хранились гранат, дыня, арбуз. Фрукты в блюдах часто употреблялись с мясом и рыбой. Сушили на зиму абрикосы, сливу, виноград, кизил, барбарис и другие фрукты и ягоды. Из винограда и туфы (ягод шелковицы) изготавливали сладкий бекмес (дошаб, широт), су-

шеную патоку с орехами — чурчхел (шарел). Запасались целебным горным медом.

В постные дни армяне до сих пор употребляют похлебки из сушеных плодов (виноград, абрикос), гороха, чечевицы, диких трав (сибех). И в наше время армянский крестьянин знает около 300 видов различных дикорастущих съедобных трав и цветов, которые употребляют в пищу в качестве приправ или даже основного блюда. Большой ассортимент составляют те съедобные растения, которые используют для приготовления маринадов, будь то культурные или дикорастущие. Маринуют их в кувшинах и употребляют не только во время обеда, но и завтрака, ужина в зимние и весенние месяцы. И, конечно, в погребах хранилось в кувшинах виноградное вино.

Хранят на зиму в специальных зернохранилищах пшеница и прочие зерновые культуры, картофель в погребах. В рационе питания всегда большое место занимали блюда, приготовленные из зерна и круп, в виде «дзавар» (вареные зерна) и «коркот» (обрушенные зерна). Но вот и выеченный хлеб, оказывается, можно хранить на зиму! Во многих районах Армении сохранился древний обычай осенью про запас выпекать лаваш (хлеб специфической формы — длиной около одного метра, толкая, легко свертываемая полоса выпеченного теста), — на три-четыре месяца.

Сложенный в стопки, высушенный лаваш укрывают и хранят. А для восстановления, тонкий лист лаваша достаточно сбрызнуть чистой водой, укрыв скатертью (или завернув во влажную скатерть), — и через полчаса вы держите в руках свежий хлеб, рецепт которого сохраняется в быту армян тысячелетиями ввиду его высокой питательности и долгой сохраняемости.

Есть с хлебом по-армянски — значит завернуть порцию пищи в лаваш, и такой «пирожок», начиненный, например, сыром с зеленью, мясом с зеленью и любой другой пищей, становится в ваших руках самостоятельным блюдом. С древности известны и другие виды выпечки хлеба (например, шафт — толстый лаваш, пан, или бокон, — круглая большая лепешка).

Примечательно, что именно хлеб символизирует традиционное христианское приглашение к трапезе, которое переводится с армянского на русский язык словами «пожалуйста есть хлеб». Когда армянин приглашает откусить хлеба, подразумевается не просто угощение хлебом, но скромным или праздничным обедом, ужином или завтраком.



У НАС В ГОСТЯХ

Сегодня у нас в гостях издатель и редактор газеты «Новый гуманизм» (Франция) Георгий Антонович КРАСОВСКИЙ

В советской печати, в недавней публикации «Что был первым «зеленым»?» (Комсомольская правда, 14 октября 1990 г.) говорилось о том, что впервые предложил считать зеленый цвет символом экологическим — защиты природы и жизни человека на Земле русский парижанин Георгий Красовский, заявивший об этом в своей газете в 1971 г. (в статье «Операция «хлорофилл»). Вот уже 15 лет подряд, выйдя на пенсию, он организует всемирно известные велопробеги «За мир и природу», отказываясь от спонсоров, субсидий и кредитов, коммерческой рекламы, сопровождения, от членства в любых политических организациях, рассчитывая только на себя, на собственные средства, силы и здоровье. Как известно, недавно Георгий Красовский выступил с новой инициативой, о которой он рассказывает в публикуемой ниже беседе.

РЕФЕРЕНДУМ ЗА ВЫЖИВАНИЕ

— Георгий Антонович, вот вы вступили на землю России, в чем суть вашего отношения к тому, что здесь происходит, с чем вы идете к людям?

— Мне было 5 лет от роду, когда меня увезли из России в 1920 г. А в первый раз я вернулся на родину в 1987 г., когда меня пригласили, узнав о моей пацифистской деятельности во Франции, участвовать в круизе за мир (Киев — Одесса). Дело в том, что еще в конце 60-х годов я решил всецело отдаться деятельности против войны и в защиту природы, осознав, что нельзя оставаться безучастным перед угрозой самоуничтожения человечества в ядерной войне или в результате разрушения природы, загрязнения среды обитания. Лично для меня это было вопросом человеческого достоинства, моей чести, если хотите.

Довольно скоро я понял, что необходимо привлечь внимание средств массовой информации, а для этого нужно создать некое происшествие. В конце концов додумался до идеи велопробега с участием своих сверстников, обеспокоенных судьбой будущих поколений, своих детей и внуков, чтобы создать известное давление на общественное мнение. Ведь если и возможно изменить что-либо в мире в лучшую сторону, то только под влиянием общественного мнения.

Я организовал уже 12 велопробегов за мир по всей Европе и даже Северной Африке, проехав более 50 тысяч км через 20 стран. А после круиза, во время которого познакомился с представителями пацифистских движений в СССР, меня впервые пригласили в Россию, осуществить велопробег за мир из Парижа в Ленинград. Я собрал команду из французских пенсионеров, все подготовил, и мы проехали по дорогам Европы в Ленинград, где нас прекрасно встретили 30 мая 1989 г., в день рождения основателя Санкт-Петербурга Петра I. Мои французы вернулись, а я помчался в Москву, проехав на велосипеде за одну неделю 700 км по ужасной шоссейной дороге. Там проходила международная конференция ЮНЕСКО по вопросам окружающей среды.

Мне удалось продлить мою визу, и, познако-

мившись с замечательными людьми, ставшими теперь моими друзьями, я понял, что в нынешнее тяжелое время Россия нуждается во всех своих сынах. Тогда и решил приехать на следующий год, чтобы провести со своими соотечественниками ответный велопробег за мир, из Москвы в Париж, приурочив его к торжествам по случаю национального праздника — Дня взятия Бастилии.

Итак, мы стартовали 6 мая 1990 г. с Красной площади в Москве, нас было 9 человек (три женщины и шестеро мужчин), в их числе 4 пенсионера. Далее наш путь лежал к финской границе, которую мы пересекли 28 мая, а затем через Финляндию, Швецию, Данию, Германию, Голландию и Бельгию — во Францию. Ровно в полдень 14 июля мы въехали на площадь Бастилии, где нас ожидала восторженная встреча с французскими единомышленниками — вот лозунги, с которыми мы ехали: «Экологи всех стран, соединяйтесь», «За права человека», «За сохранение природы», «За гонку разоружения», «Против любого насилия, за уважение человеческого достоинства».

В тот же день мы были приглашены на прием в парке Елисейского дворца, а в последующие дни — в Ратуше, в представительстве ООН в Париже, в ЮНЕСКО и в Советском посольстве. На этих приемах нас горячо поздравляли с завершением велопробега по дорогам нашего общеевропейского Дома. Мы проехали 4200 км, в майках с эмблемой «За мир и природу» (земной шар в колосьях, белый голубь с зеленой оливковой ветвью). Ведь это не была туристическая прогулка, но акция за мир, за разоружение. Проезжая 66 городов, в каждом мы проводили пресс-конференцию, обращаясь к общественному мнению. И нас слышали миллионы.

Мы везли с собой наши спальные мешки, были готовы к любым трудностям и лишениям. В России было еще холодно, а в Финляндии и Швеции нас встретили проливные дожди, наконец, от Москвы до французского города Камбра постоянно дул встречный ветер.

— И все же, что это дает, кроме морального удовлетворения участников?

— Прежде всего мы добивались открытости, доверия, симпатий людей друг к другу, признания идеи общего дома. Русские приехали на велосипедах. Это было символично для всех в Европе, особенно для людей, привыкших к расхожему образу — русские едут на танках. Психологический, моральный эффект подсчитать невозможно. Что касается велопробега, достаточно символично то, что велосипед до сих пор остается шедевром экологически чистого транспорта.

Основной пафос велопробега за мир — призыв к людям взять в свои руки собственную судьбу, настоящее и будущее человечества и природы. Это действенный призыв повлиять на ход событий, избавиться от равнодушия и фатализма. Думаю, что в России сегодняшней разрешение всех проблем находится в нас самих, важно вновь обрести веру в себя. Апокалипсис — уже в прошлом. А мне приходится замечать, что большинство русских, с которыми я встречался, как будто сомневаются, что могут взять судьбу в свои руки.

Замечательные люди, но беспросветность какая-то, кажется, что они чувствуют себя обреченными, словно заколдованные, и нужно их от всего этого освободить. У меня лично сохранилась непоколебимая вера в человека, мне хотелось бы передать людям свою энергию, зарядить их энтузиазмом.

— Да, но ведь во Франции матери не ложатся под танки, чтобы их дети не гибли в армии. На- 29

и соотечественники уже в третьем поколении испытывают усталость моральную от того, что приходится думать одно, говорить другое, а делать — третье, и физическую усталость от бесполезной работы и принудительного труда. Вот в чем корень нашего нездоровья, душевной усталости.

Вернемся к велопробегу, читателей «Твое здоровье» интересует вопрос о медицинской стороне дела: среди ваших спутников — люди достаточно пожилого возраста. Какого режима вы придерживались, с какой скоростью и как ездили? Вы имели какие-нибудь рекомендации?

— То, что я скажу, возможно, вас поразит. Мы не ехали все вместе: я всегда проводил велопробег с условием максимальной свободы для каждого участника. Каждый из нас выезжал на очередном этапе когда хотел и был готов, ехал со своей скоростью, рассчитывал время до общей встречи сам. Вместе мы только намечали на нашем маршруте очередной пункт встречи в течение дня, приуроченной к запланированному мероприятию (к приему, конференции, почлегу). Важно было собраться всем вместе к назначенному времени, и никто никогда не опаздывал.

Это было психологически важно — не ехать всем вместе, так как если кто-то останавливается, скажем, выпить кофе или написать открытку жене, либо купить что-то, остальным приходится ждать, а это вызывает раздражение, которое может стать причиной ссоры, недомолвок. Я совершенно не собирался быть командиром (хотя я внук русского генерала, да и отец мой был военным). Мы лишь условливались о том, куда едем и в котором часу назначена встреча, а каждый был волен выбирать свою дорогу и свой темп езды.

Мои спутникам было тяжело поначалу приспособиться к такой полной свободе, они думали, что ехать будем вместе, готовить обед вместе, будет общий котел. Но я должен отдать должное моим русским друзьям, они очень быстро освоились с такой свободой.

— Советские люди привыкли к тому, что коллектив означает подавление свободы личности, частной инициативы. У нас коллективом называют послушное руководство, назначенному свыше, большинство. Это большинство, подавляющее меньшинство. Отсюда в нашей ментальности и ложные представления об «общем деле», «железной дисциплине», «единстве» и «порядке», наконец.

— В моей группе каждый отвечал за себя, и вместе с тем она оказалась жизнеспособной. Что касается здоровья участников велопробега, как я заметил, состояние участников всегда значительно улучшается. Те, кто страдали, например, от ревматизма или артрозов, через две-три недели пробега чувствовали себя значительно лучше, а что касается страдающих от бессонницы, они спят как убитые.

Лично я похудел в прошлом велопробеге на 10 кг, но и помолодел лет на десять. Должен сказать, что не курю, и среди участников наших велопробегов никогда не было курящих. Многих удивляет, что я уже 60 лет вегетарианец. Никогда не любил мяса и, как только вышел из-под родительской опеки, перестал его есть. Отнюдь не проповедую вегетарианства, но мне кажется, что, если бы в моем организме были бы из-за этого какие-то недочеты, я не был бы в состоянии преодолеть такой километраж моих велопробегов, значительная часть которых проходила в тяжелых условиях.

Более того, во Франции я знаком с потомственными вегетарианцами, и никаких аномалий

у них не замечено. Мое питание основано на свежих фруктах, овощах, немного злаков (овсянка, которую легче найти во Франции, чем в России), молочные продукты. В раннем детстве я был очень болезненным, перенес несколько воспалений легких, маме говорили, что я не выживу. И мне не давали бегать, в школу я пошел очень хилым. Все это мне не нравилось, и, решив взяться за свое здоровье, я начал бегать, обливаясь холодной водой, а через 2—3 года стал самым сильным в классе. Затем плавание, волейбол. Фактически велосипедного спорта не было никогда. Теперь мне 75 лет. То, что я сохранил энергичность, силу и гибкость, стройность, как говорят, тела, считаю, обязан условиям жизни — не переедал, внимательно относился к тому, что я ем, с удовольствием занимался физической культурой.

Важно, чтобы люди осознали, что состояние их здоровья зависит от них самих, что они сами ответственны за свое здоровье. А здоровый дух — в здоровом теле, с этого надо начинать каждому. Да и жить стоит так, чтобы не было времени думать о себе, прислушиваться к своим болям, жалеть себя. Мне повезло, так как во мне нет чувства враждебности к кому бы то ни было. Не знакомы мне два чувства — страха и ненависти, с которыми связаны стрессы, благодаря чему я их избежал.

Все, что имеет значение для меня — это жизнь, уважение к достоинству человека. Я всегда был и буду против насилия. Самое важное, остаться здоровым и нормальным человеком. А это значит, что необходимо найти гармонию между нашими эгоистическими и альтруистическими устремлениями, ведь то и другое присуще человеческому характеру. Но не воспринимайте мои слова как проповедь, я вообще ничего не проповедую, тем более что нельзя советовать всем одно и то же.

Любая уравниловка бессмысленна, потому что человек человеку рознь. Например, предложить всем один и тот же рецепт питания — большая ошибка: каждый человек должен выбирать то, что ему подходит, прислушиваться скорее к себе самому, чем ко всяким советам, теориям, которые ему навязывают. Лично я далек от всего того, что отвлеченно, абстрактно: не могу сказать, материалистическое у меня мировоззрение или духовное — во всей моей деятельности за мир, за права человека нет никакой идеологии и политики.

— Ну, у нас до сих пор было невозможно без идеологии и политики, без псевдофилософских обоснований: с детства каждому вбивали в голову то, что в реальности не было и не будет. Во всех сферах нашей жизни, будь то экономика или искусство, военное дело или гражданское, победило слово, к руководству (власти) пришли не специалисты, а пропагандисты и агитаторы. Избавиться от этого мы не можем до сих пор, мы устали от слов.

— Я избежал этого благодаря французской почве, здесь более рациональный подход ко всему. Нет, просто словом никак не могу ограничиться, прежде всего — действие. Наверное, поэтому мне и нравится велосипед: вы сохраняете равновесие пока крутите педали и продвигаетесь в желаемом направлении, но когда велосипед стоит, он просто падает.

Может быть, поэтому я и называл «бессловесным» (хотя в русском языке это слово наделено негативным оттенком) референдумом свою новую инициативу в сфере народной дипломатии. Идея такова: кем бы вы ни были, каковы бы ни были

и убеждения — религиозно-конфессиональные, политические, мировоззренческие, вы представляете выразить ваше отношение к миру и всеобщему разоружению. Сказать «я против войны, я голосую за мир и разоружение» вы можете без слов — посредством белого цвета, символа ненасилия!

Неформальные комитеты по подготовке пацифистской недели разоружения могут быть созданы в каждой стране, в каждом городе и населенном пункте, в каждом квартале. Участвовать в этом референдуме может каждый: достаточно в эти дни вывесить снаружи дома белый платок или лист белой бумаги, приколоть белый бант к петлице. Это и будет означать, что вы голосуете за мир, участвуя в том, что с таким трудом дается народам. Ведь референдум, это пока недоступная многим народам мечта, а в данном случае каждый честный, совестливый человек может в этом референдуме без слов, избирательных урн, без политических давлений и обременительных расходов, почувствовать наконец, что он не один, что большинство людей хотят того же, что и он.

Для директивных органов, для политиков, международных организаций, для всех, от кого мы можем зависеть, — это реальный референдум, и никто не сможет такому голосованию помешать, это дело совести каждого человека. Предлагаю использовать в референдуме символ пацифистов — круглый белый знак, означающий нашу планету, линии в окружности которого (приглядитесь!) изображают след голубя. Это след голубя мира! Впервые этот символ появился 19 марта 1950 г. на воззвании пацифистского движения с призывом к участникам Стокгольмской конференции запретить атомную бомбу.

Как инициатор проекта, считаю, что идея референдума за мир и разоружение должна стать достоянием всего мира или, по крайней мере, тех районов, где происходит велопробег «За мир и природу». Кстати говоря, готовлю сейчас велопробег по странам Ближнего Востока, который начнется 23 апреля 1991 г. в Одессе, городе, где я родился. Маршрут пройдет через Грузию, Армению, Азербайджан, Иран, Ирак, Кувейт, Сирию, Иорданию, Израиль и Ливан (Бейрут — конечный пункт), этапами по 50—100 км. Не исключено использование верблюдов в районах пустынь. Моя группа будет состоять исключительно из пенсионеров — людей старше 60-ти лет.

В каждом населенном пункте, в местах определенных местными властями, мы будем проводить референдум за мир и разоружение, предлагая собравшимся людям «проголосовать» за осуждение насилия 15-ти минутным молчанием. Все сочувствующие и участники референдума могут выразить свою поддержку пацифистскому движению, воспользовавшись белым цветом — символом, о котором я уже говорил. Дополнительные сведения о велопробеге Мира по Ближнему Востоку можно получить по следующему адресу (в России): 123458, Москва, ул. Твардовского, д. 31, кв. 307. Гончарову Георгию Федоровичу.

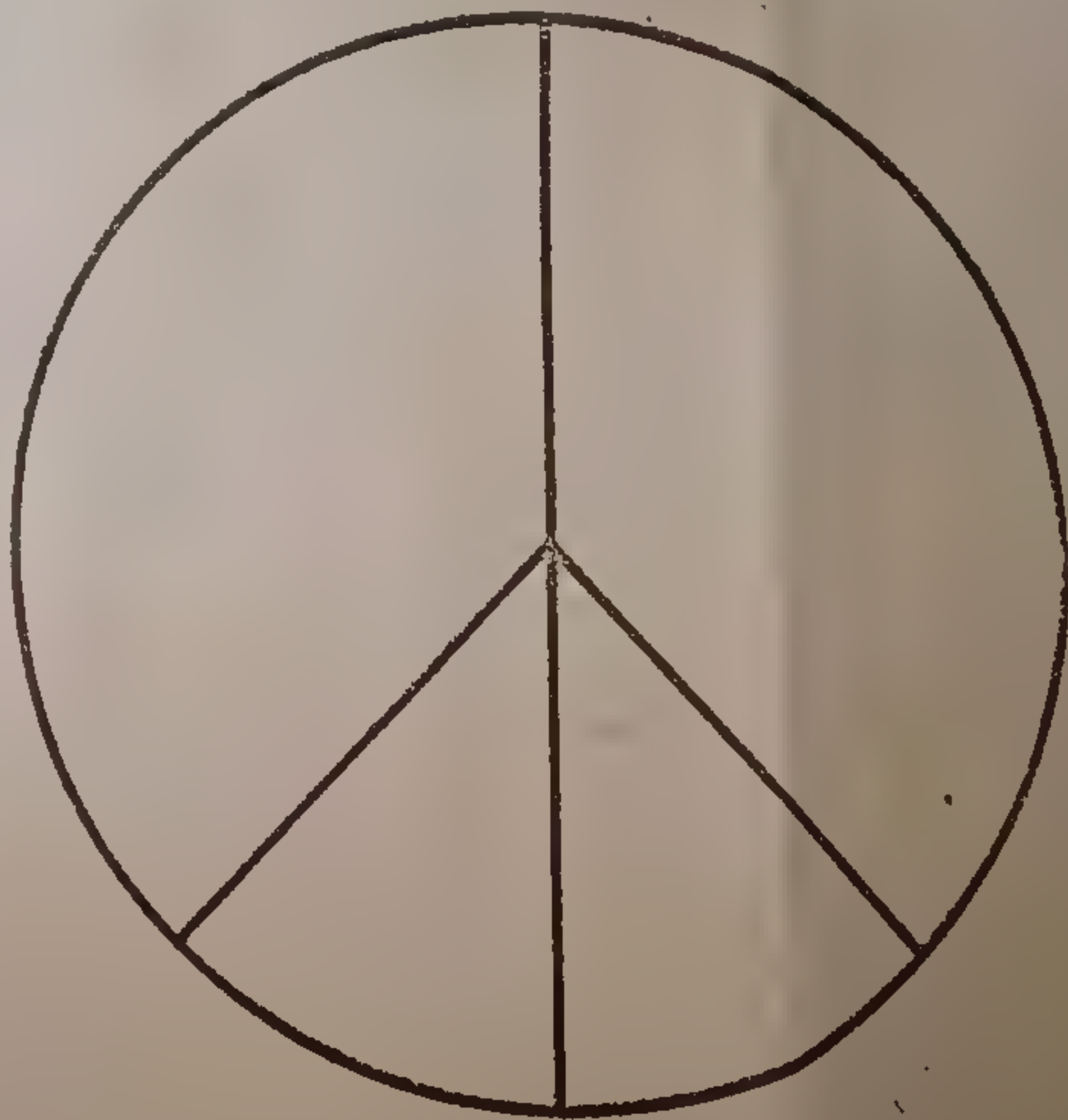
— В заключение вопрос: как понимать «новый гуманизм», что означает это понятие, ставшее названием вашей газеты?

— В 1970 г. я основал газету «Борьба за человека», но с 1980 г. я дал ей новое название. Понятие гуманизма мне всегда было близко, ведь оно лежит в основе защиты прав человека. Но сегодня эти права так или иначе включают в себя и право на здоровую окружающую среду, право человека на достойную жизнь, без войн и насилия. Это и является новым гуманизмом.

Новый гуманизм неразрывно связан с моим пониманием термина «новое мышление», которое приобретает ныне все возрастающее значение в мире. На мой взгляд, мы недостаточно осознали, что разнообразие вполне совместимо с единством, что нам следует научиться различать в противопоставляемых мнениях, идеологиях, интересах взаимодополняющее их начало. Чтобы это не показалось отвлеченным, приведу конкретные примеры кажущихся противоречий в противопоставлений: разум и сердце, духовное и материальное, инстинкт и интеллект, эгоизм и альтруизм, мужчина и женщина, либерализм и социализм, природа и техника, национализм и интернационализм и т. д.

На первый взгляд в этом присутствует какой-то дуализм, тогда как в реальности одно дополняет другое. То, что сближает народы, всегда несравненно важнее и привлекательнее того, что их противопоставило. На этот счет есть хорошая французская поговорка: «Стены, разделяющие людей, не поднимаются до неба». Вот в этом взлете мысли над всеми стенами и перегородками заключается, на мой взгляд, новое мышление. И оно необходимо ныне для мирного решения проблем и конфликтов современности, в котором заключается единственный шанс для выживания человечества.

Беседу записала Люба МАРТИРОСЯН



К СВЕДЕНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ

В следующем, 1991 году планируется продолжить публикацию статей в рубрике «Домашнему астрологу», включая материалы «астрологического практикума». Тем, кто хотел бы получить определенную квалификацию в этой области, сообщаем следующее.

Астрологическая академия при Межрегиональной Федерации астрологов СССР открывает заочное отделение, имеющее целью дать полный курс астрологии (теории и практики), включая ее психологические, медицинские и педагогические аспекты.

Заочное отделение организуется по общим принципам заочного обучения, включая получение квалификационного документа об окончании курса. Потoki организуются по мере поступления заявок. Всю информацию можно получить бесплатно в ответ на ваш запрос по адресу: 129343, Москва, а/я 58, «Заочное отделение Академии астрологии».

ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ



Павел ФИЛИППОВСКИЙ. «Автопортрет». Бумага, фломастер, 25×36 см. Тематическая серия его рисунков, напоминающих чем-то нашу привычную и неправильную жизнь, представлена в 1990 г. на обложках выпусков «Твое здоровье» № 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, а также на страницах № 1 и № 3. В своей краткой автобиографии для читателей «Твое здоровье», интересовавшихся личностью художника (в письмах в редакцию), он пишет: «Родился в Тверской области. Мама родила. Живу. Рисую в свободное от уроков время. По рисованию — круглая четверка. По другим предметам бывает и пять. Люблю журнал «Декоративное искусство...» Здесь краткая биография обрывается, ибо закончилась — вторая сестра нашего таланта.

ВОСТОЧНЫЙ НОВЫЙ ГОД

Согласно восточной астрологической традиции год Белой Козы (или Овцы) наступит в ночь на 16 февраля 1991 г. Что ожидает в этот год рожденных во всех 12-ти годах «животного» цикла?

КРЫСУ (или МЫШЬ) ожидает медленный, но не уклонный жизненный подъем, особенно творческий (в искусстве).

БЫКА (или БУЙВОЛА) — год беспокойных исканий, но и значительных успехов в работе.

ТИГРУ повезет в поисках новых сфер применения своих талантов и в путешествиях, возможны большие перемены в жизни.

КОТА (или ЗАЙЦА, КРОЛИКА) ожидает счастливый год и в любви, и в работе, главное — не зарваться, не рисковать без необходимости.

ДРАКОНУ год несет долгожданный отдых от жизненных бурь, передышку перед новым раундом борьбы за существование, показана осторожность в новых начинаниях, и если ввязаться в гуцу политических страстей, на покое придется поставить крест.

ЗМЕЯ — мудрая, она будет немного неловко чувствовать себя в атмосфере метаний туда-сюда, характерной для года Козы; лучше всего уйти в работу с головой и держаться подальше от массовых скоплений народа — могут ненароком задавить.

ЛОШАДИ предстоит борьба с разгильдяйством и краснбайством, некомпетентностью в своей среде, быть тем столпом благоразумия, на котором и должен удержаться весь этот взбалмошный год; правота же ее станет очевидной к концу года и будет вознаграждена (если, конечно, не сожрет Тигр, не забодает Бык, не укусит бешеная Собака).

КОЗУ ожидает год полного раздолья ее капризам; в атмосфере неопределенности и зыбкости года Козы она получит все, чего хочет, и возможно, прославится, главное — не переоценить степень своего везения, особенно в области чувств.

ОБЕЗЬЯНЕ в этот год открыты все пути, она организует жизнь в свое удовольствие, ловко лавируя в обстоятельствах.

ПЕТУХУ год покажется дурным сном, если станет «качать права», искать справедливости; своим донкихотством способен нажить много врагов, а спасение — в упорной кропотливой работе, решение своих эмоциональных проблем придется отложить на следующий год.

СОБАКЕ (ПСУ) год не понравится отсутствием твердых ориентиров, лучше будет занять нейтральную позицию в событиях жизни, спокойно делать свое дело, готовя успехи следующего года.

СВИНЬЮ (или КАБАНА) ожидает год удач и новых надежд, может повезти даже в потерее; солнце любви ярко брызнет своими лучами, но как бы они не ослепили Свинью!

В перечисленном порядке годы животных образуют 12-летний цикл, а это значит, что несложный подсчет от года Козы (1991 год) позволит определить каждому свой год. Например, год Крысы — 1984 и, соответственно, 1972, 1960, 1948..., а год Свиньи — 1983, 1971, 1959, 1947...

Советуем год Козы встречать изобретательно, с художественной выдумкой, в зеленом или белом одеянии. Бестактно было бы подать на праздничный стол баранину или козлятину, салаты — вот что требуется!

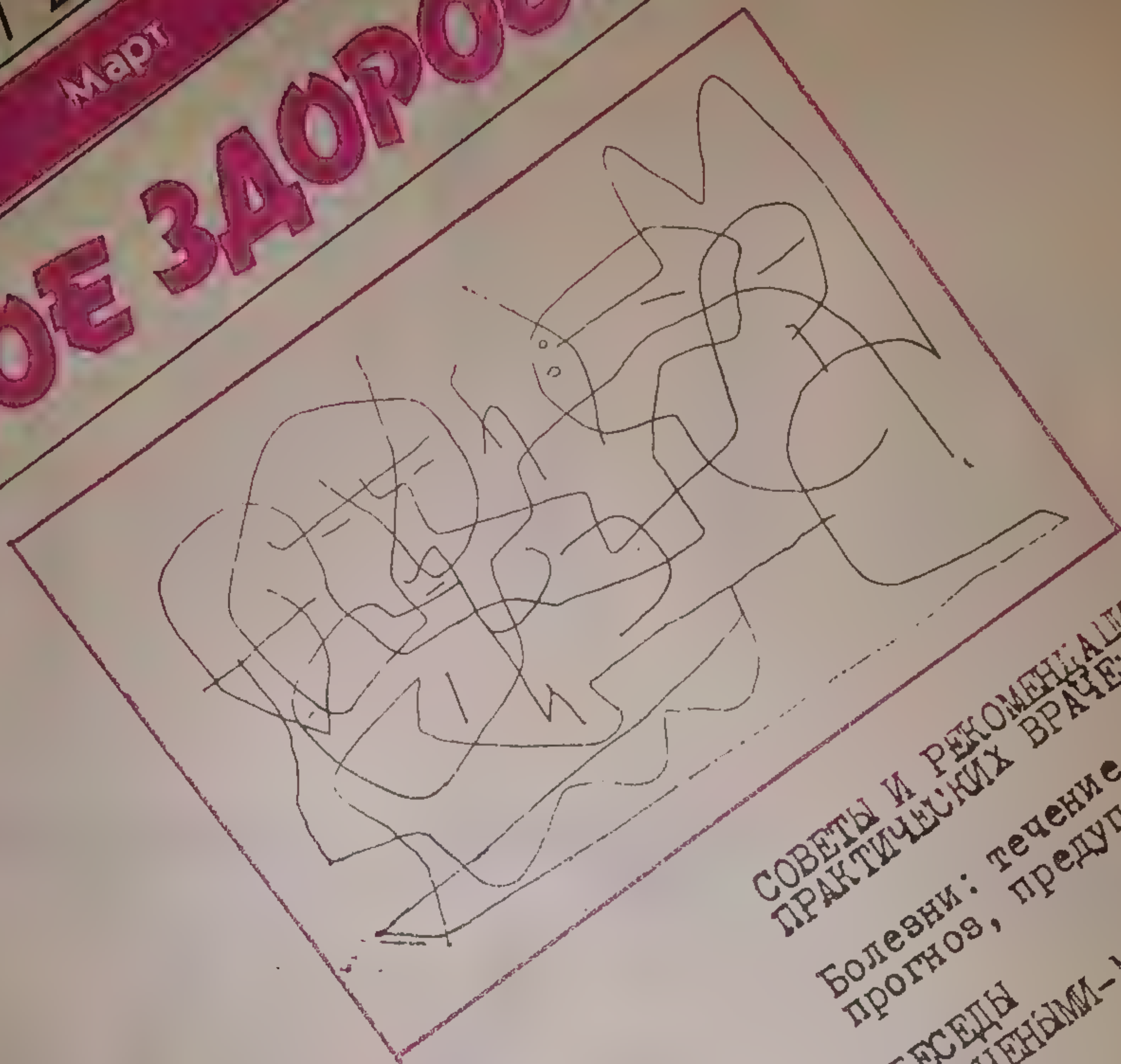
ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ О. К. ВЕЛИЧКО

3/90

Март

Ежемесячник

ТВОЕ ЗАДОРОВЬЕ



СОВЕТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ
ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Болезни: течение,
прогнозы, предупреждение

БЕСЕДЫ
С УЧЕНЫМИ-МЕДИКАМИ

ПОДПИСНОЕ ИЗДАНИЕ

Цена 20 коп.
Подписной индекс 70063

ПРОГНОЗ НА АПРЕЛЬ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 2, 4, 5, 6, 10, 14, 16, 22, 23, 27, 29

Дни благоприятные 1, 7, 9, 11, 17, 20, 21, 24, 26, 30

Дни повышенной конфликтности 3, 8, 12, 13, 15, 19, 25

Влияние на вашу волевою сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жизни 4, 7, 14, 18, 21, 28, 29

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 3, 5, 8, 11, 12, 16, 24, 25, 27

Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 1, 6, 10, 13, 15, 17, 19, 20, 23, 30

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 21, 22, 25, 26, 29, 30

Дни меньшей продуктивности мышления 1, 3, 11, 15, 16, 19, 23, 24, 27, 28

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 4, 6, 7, 14, 18, 21, 22, 26, 29, 30

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 1, 10, 11, 15, 19, 20, 23, 24, 27

Дни повышенного травматизма и аварий 3, 5, 8, 10, 12, 13, 19, 20, 25, 27

В выпуске читайте:

О СЕКРЕТАХ НАРОДНОЙ
МЕДИЦИНЫ

НЕТРАДИЦИОННЫЙ МАССАЖ

(самоучитель А. М. Тюрина)

ДОМАШНЕМУ АСТРОЛОГУ

Издательство
«Знание»

ББК 53.5
Э 68

• СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА •

- Слово к читателю
В КУКЕС, П. АБАШИНА. Что такое народная медицина (3)
- Возможность лечения
А ТЮРИН. Нетрадиционный массаж: точечный или линейный (5)
- Отвечаем на ваши письма
Ю ГАРАСОВ. Магия человека (15)
- Взгляд в прошлое
П. РОЖКОВА. Верб. Сила желания. Леселки. Встать с правой ногой (16)
- Концепция времени и здоровья
Л. МАРКЕЛОВА, Ф. ВЕЛИЧКО. Луна и биологическая активность человека (26)
- Домашнему астрологу
М. ЛЕВИН. Самоанализ: астральный план (28)
- Ф. ВЕЛИЧКО. Астрологический практикум. Запятые II (31)
- Прогноз «Твое здоровье»
М. ЛЕВИН, Т. МИТЯЕВА. Апрель (1)

Редактор В. АЛГУЛЫАН

ISBN 5-07-001369-6

Э 68

Энциклопедия домашнего лечения (выпуск 1). —
М.: Знание, 1990. — Вып. 1. — 32 с. — (Нар. уни-т.
Факультет «Твое здоровье», № 3).

ISBN 5-07-001369-6

20 к.

Основу выпуска составляют пособие «Нетрадиционный массаж: точечный и линейный» А. М. Тюрина, научно популярный очерк В. Г. Кукеса и Н. Ю. Абашиной «Что такое народная медицина». В рубриках статьи — «Сахарный диабет: признаки и причины» Г. С. Зефириной и А. С. Аметова, «Луна и биологическая активность человека» Л. Н. Маркеловой и Ф. К. Величко, «Самоанализ: астральный план» М. Б. Левина, рассказано также и о народных обычаях оздоровления. Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4138020000

ББК 53.5

На развороте (с. 16): рисунки В. ЛУГОВКИНА, А. СТЕПИНА, А. ПАШКОВА
В тексте: юмористические рисунки М. ЗЛАТКОВСКОГО, О. ТЕСЛЕРА, П. ФИЛИПОВСКОГО, В. ЯКОВЛЕВА, репродукции гравюр XVI и XVII веков

Макет и оформление П. ХРАМЦОВА
Художники-оформители:
Т. ЧИРКОВА,
В. КОНЮХОВ

Мл. редакторы Е. Гродко, Л. Щербакова
Худож. и техн. редактор П. Храмцов

ИБ № 10964

Сдано в набор 03.03.90 Подписано к печати 29.03.90.
Формат бумаги 60x84¹/₄. Бумага газетная. Гарнитура обыкновенная. Печать высокая. Усл. печ. л. 4,0. Усл. кр. отт. 6,0.
Уч. изд. л. 4,49. Тираж 814224 экз. Заказ 6065. Цена 20 коп.

11 12.13 заводы по 500 000 экз. (5 000 001 — 6 500 000 экз.)

Издательство «Знание», 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 906303.

Типография ордена Трудового Красного Знамени издательско-полиграфического объединения ЦК ВЛКСМ «Молодая гвардия». Адрес ИПО: 103030, Москва, К-30, Сушневская ул., д. 21.

© Издательство «Знание»,
«Твое здоровье», 1990 г.

Слово

В последнее время заметно возрос интерес к медицине прошлого. Мы все чаще слышим: «Народное средство, народная медицина, традиционная медицина»... А что такое народная медицина? Попробуем ответить на этот вопрос с помощью определения, данного на одном из совещаний экспертов Всемирной организации здравоохранения:

«Народная медицина — это сумма всех знаний и практических методов (как объяснимых, так и необъяснимых), которые применяются для диагностики, предотвращения и ликвидации нарушения физического, психического и социального равновесия и которые опираются исключительно на практический опыт, наблюдения, передаваемые из поколения в поколение как в устной, так и в письменной форме».

ЧТО ТАКОЕ НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА

Любая медицинская система в момент своего зарождения является народной по своей сути, так как в ее основе лежат эмпирические знания народов, давших начало соответствующей культуре. По мере развития цивилизованности, появления образованных врачей, накопления медицинских знаний, отражения их в медицинских трудах возникала традиционная, национальная медицина. Официально признанная государством, она становилась достоянием все же лишь части общества — его образованных слоев, а параллельно с медициной официальной всегда существовала медицина народная. Причины такого противопоставления социальные: представители официальной медицины имели соответствующее профессиональное образование и с сомнением относились к знаниям народной медицины. Представители медицины народной (народные лекари, знахари, ведуны) не имели специального образования, а подчас были просто неграмотны, тем не менее, обладая проника-

тельным умом, они нередко делали правильные выводы из наблюдений, что позволяло им с определенным успехом использовать некоторые средства растительного и животного происхождения с целебными целями.

В свою очередь к знаниям медицины официальной представители народной медицины относились с недоверием. Но, как бы официальная и народная медицина ни были противопоставлены друг другу, развиваться в полной изоляции они не могли — в той или иной степени между ними постоянно происходил обмен информацией, касающейся приемов, методов и средств лечения тех или иных заболеваний.

В наши дни не всегда можно точно установить проис-

К



хождение некоторых использовавшихся медициной прошлого лекарственных средств или лечебных приемов, отнести их к народной медицине или к медицине официальной. Безусловно, для историков медицины это весьма важно, но для практического здравоохранения в деле решения задачи эффективного лечения многих тяжелых заболеваний, в первую очередь важно не происхождение рецепта, приема или подхода, использовавшихся медициной прошлого, а их рациональность и эффективность с точки зрения современной медицинской науки. Последнее обстоятельство тем более важно, что появление современной научной медицины относят к XVIII в., а все медицин-

ские знания, накопленные до этого времени, независимо от их происхождения по своей сути являлись эмпирическими.

НЕМНОГО ИСТОРИИ

Прежде чем лечить больного, необходимо было поставить диагноз, определить характер течения и прогноз заболевания. Какими же диагностическими методами располагал врач древности? Только одним — умением выявить, оценить симптомы, характеризующие малейшие отклонения в организме. Это могло осуществляться только при непосредственном контакте с больным путем опроса, осмотра, включая тонкую оценку состояния сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем организма. Уровень знаний и их реальная интерпретация бесспорно зависели от цивилизованности. В Древнем Китае, Индии, Египте, Месопотамии (более 2000 лет до н. э.) уровень медицины был достаточно высоким. На ее базе развилась древнегреческая медицина, а труды выдающихся ее представителей — Гиппократ и Гален — стали основополагающими для арабской и европейской медицины.

Важно отметить, что начало новой эры было ознаменовано появлением целого ряда основополагающих трудов греческих ученых, посвященных вопросам ботаники, фармакологических свойств растений и их использования в медицинской практике. Прежде всего травники «отца фармакогнозии» Диоскорида (в них описано более 500 видов лекарственных растений), автора нового учения о лекарственных растениях, Клавдия Галена, Апулея. Эти травники впоследствии переводились на языки многих народов, особенно много их появилось в Европе в IX—X вв. Большое влияние на развитие медицины современной оказала тибетская медицинская система, которая сформировалась одновременно с арабской медицинской системой (в VII в. н. э.). В основу ее легли медицинские теории, изложенные в Яджур-веде (Аюр-веде). Ас-

читателю

сортимент лекарственных средств растительного происхождения, используемых тибетскими врачами, был представлен растениями индийского происхождения, некоторыми китайскими и растениями местной флоры с аналогичными свойствами.

Обмен медицинскими знаниями всегда составлял неотъемлемую часть культурного взаимного влияния разных народов. Несмотря на историческую, временную и территориальную разобщенность, на всех этапах развития медицинской науки прослеживается ее общность. И несмотря на стремление представителей различных медицинских школ сохранить в секрете профессиональные сведения, по мере повышения культурного уровня народов, расширения культурных контактов и развития наук медицинские сведения в виде письменных трудов и при непосредственном общении врачей становились достоянием человечества. Медицинские знания более древних цивилизаций становились достоянием последующих; обмен медицинской информацией происходил и на уровне одновременно существовавших медицинских систем: теориями, методами и средствами лечения.

В настоящее время большинство диагностических методов традиционной медицины внедрено. Часть из них получила развитие и углубление, благодаря внедрению современных достижений физики, химии, биохимии. Стало возможным заменить субъективную оценку исследуемых параметров на объективные благодаря своевременному регистрирующему оборудованию. Но до сих пор не удалось объяснить механизм рефлексотерапии, изменение радужки при заболеваниях организма.

Итак, диагноз установлен. Как же врачи прошлого подходили к лечению больного? В качестве примера рассмотрим бальнеологические процедуры.

ОТНОШЕНИЕ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ К ВОДОЛЕЧЕНИЮ

Издавна было известно, что кожа — самый обширный ор-

ган выделения шлаков, и вопросам водолечения посвящена многочисленная литература. Очень хорошая историческая справка о водолечении представлена в книге В. Т. Олефиренко «Водолечение» (1986).

Первые сведения о водолечении дошли до нас в индийском эпосе Риг-Веда (1500 лет до нашей эры). Вода применялась не только как средство омовения тела с гигиеническими целями, но и служила лечебным средством у индусов и египтян. В литературе имеются указания на то, что с лечебной целью ее применяли ассирийцы, вавилоняне и иудеи. Из Египта метод лечения был перенесен в Грецию Пифагором (582—507 гг. до нашей эры), где был усовершенствован Гиппократом (460—377 гг. до н. э.).

Из Греции учение Гиппократа о водолечении было перенесено в Рим врачом Асклепиадом (114—59 гг. до н. э.). В Риме лечение водой получило широкое распространение, о чем свидетельствуют многочисленные остатки древнеримских терм. Рим славился общественными купальнями, располагавшими большим количеством помещений: для умывания теплой водой, мытья горячей водой, купания в холодной воде, для отдыха и развлечений. Эти купальни носили название «бальнеум». От слова этого и произошла в дальнейшем «бальнеотерапия». Особенно ценились купальни-бальнеум, располагавшие минеральной водой.

В «Каноне», созданном в I в. н. э. Абу Али Ибн Синой (Авиценной), среди других лечебных средств также упоминается вода как средство сохранения здоровья. В Индии бальнеологические процедуры предписывались больным как при наружных, так и при внутренних заболеваниях. Очень распространено было потогонное лечение при отеках на лице, конечностях, при общей водянке и во всех случаях, когда, по мнению врача, организм больного переполнялся сыростью, влагой и мокротой. Популярными были грязелечение, втирание, ванны, окуливание дымом и парами, согре-

вающие компрессы, горячие влажные и сухие припарки; при кожных болезнях, в особенности если они сопровождались зудом, больных купали в искусственных серных ваннах или природных минеральных источниках.

В период средневековья, сменившего античную культуру, развитие водолечения, как и ряда других достижений Древнего мира, приостановилось. Возрождение водолечения относится ко второй половине XVII и первой половине XVIII вв., когда оно начало развиваться в ряде европейских стран. Однако даже к концу XIX в. этот метод лечения не получил еще достаточного научного обоснования. Длительное время применение водолечебных процедур строи-



лось лишь на чисто эмпирических представлениях. Эмпирики, упоенные успехом своих терапевтических мероприятий, как отмечал А. А. Лозинский (1916), нередко доходили в своих методиках лечения до курьезов. Они предписывали больным потеть в парной бане или в горячей печи 15 дней подряд, держали больных в воде не только днем, но и ночью или заставляли их выпивать в день до 80 стаканов минеральной воды. Чтобы разнообразить длительное пребывание больных в воде, в бассейне для водолечения помещали плавучие столики с закусками. Такой фанатизм не мог способствовать развитию водолечения как науки.

Наряду с подобными энтузиастами водолечения были и квалифицированные эмпирики. О большом интересе к их методикам можно судить по вы-

ходившим огромными тиражами и охотно раскупавшимся руководствам. Так, например, известная книга Кнейппа переиздавалась 46 раз и в 1897 г. была переведена на русский язык, а «Руководство для жизни согласно законам природы (для сохранения здоровья и для лечения без помощи лекарств)» М. Платена переиздавалось 38 раз (в 1901 г. была переведена на русский язык).

В наше время необоснованно снизилось внимание к индивидуальной бальнеологии. Бесспорно развитие бальнеологических лечебниц, санаториев, физиотерапевтических кабинетов. Однако не всегда нужно пациенту обращаться в лечебные учреждения, так как многие процедуры можно проводить дома, особенно закаливающие процедуры.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Закаливание, активирующее системы адаптации организма, невозможно проводить без водных процедур. Что же можно делать при насморке, гриппе, катаре, бронхите и др.? Если насморк сильный, то самое простое потогонное средство — попарить руки (методика А. Залманова) или ноги. Естественно, что эта процедура не годится для совсем маленького или грудного ребенка.

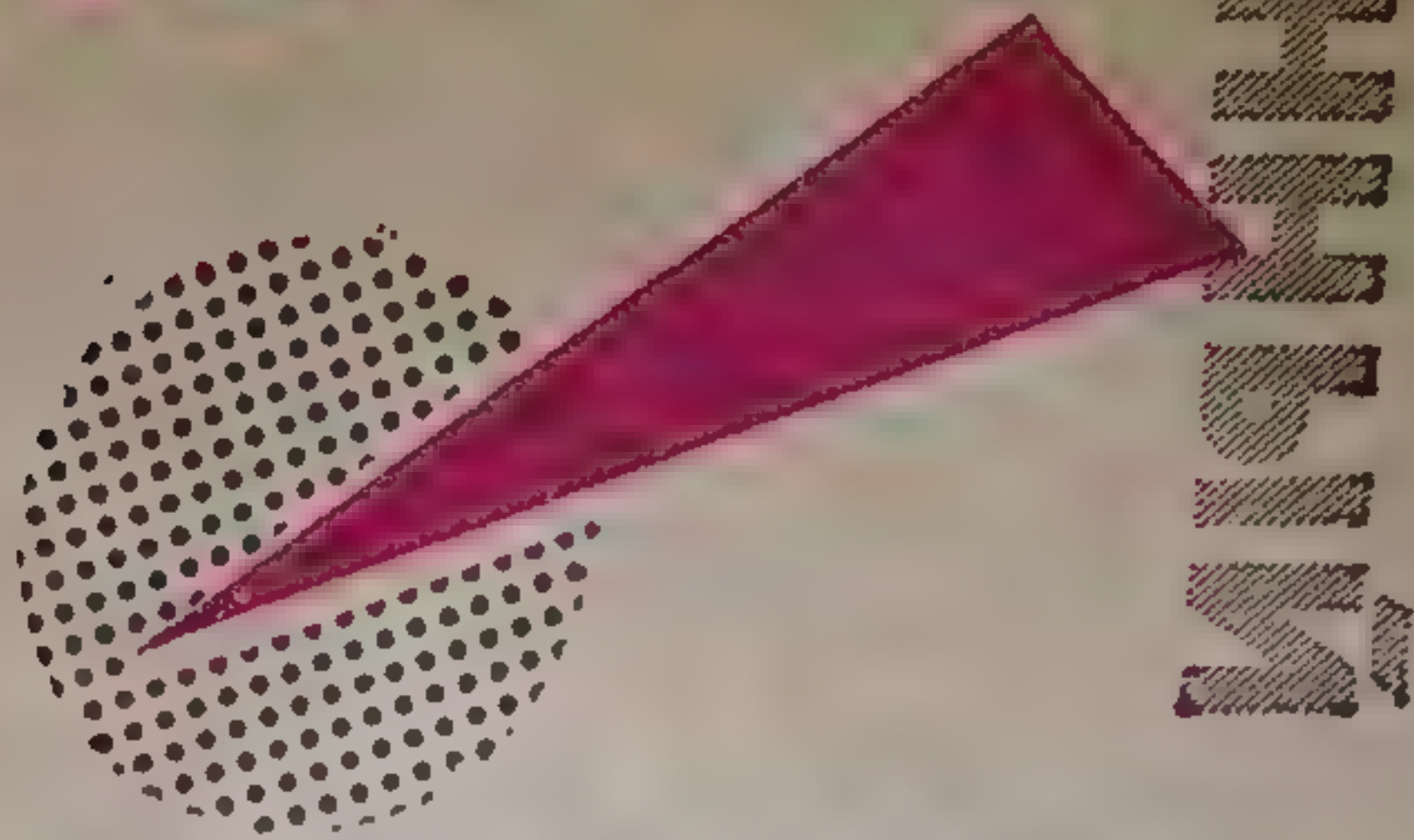
Горячие ручные ванны для взрослых и детей: в таз с водой (37—38°С) опустить обе руки по локоть, причем плечи, спину и грудь закрыть большим полотенцем или шерстяным одеялом, чтобы вода в тазу не остывала (одеяло или полотенце должны закрывать таз), голова должна быть открыта. Затем, через 5 мин, а практически по мере остывания воды в тазу, осторожно долить кипятку, приподняв краешек полотенца, поднимая температуру воды до 43—44°С, и еще 10—12 мин держать руки в воде.

Можно парить руки, вообще раздев ребенка до пояса и хорошо укутав одеялом, тогда он пропарится эффективнее. Затем его надо обтереть сначала влажным, а потом сухим полотенцем, надеть теплое белье или фланелевую рубашку, чтобы потел дальше, уложить в постель и дать горячего потогонного чая (см. ниже) с медом. Лучше всего парить руки на ночь. Такая процедура рекомендуется при насморке, в том числе и хроническом, бронхите, гриппе; необходимо делать ванны несколько раз подряд в течение ряда дней, пока насморк не пройдет (к этому необходимо добавить и другие рекомендации натуропатов: ограничение питания и пр.). Ручные ванны можно гробовать и при приступе бронхиальной астмы (особенно в начале приступа).

Ножные горячие горчичные ванны (10—100 г горчицы или горчичного

Возможности лечения.

НЕАДИЦИОНАЛЬНЫЙ



МАССАЖ:

ТОЧЕЧНЫЙ И ЛИНЕЙНЫЙ

В комплексе лечебно-профилактических воздействий на организм человека широко используются методы рефлексотерапии. Точечный массаж — один из немногих методов, который, возникнув много веков назад, сохранился и применяется в наше время в форме близкой к исходной. Нам представляется, что точечным массажем теперь должны владеть не только специалисты. Любой человек способен правильно оценить функциональное состояние нервно-мышечного аппарата под влиянием физических и психоэмоциональных нагрузок, а используя точечный массаж, добиться соответствующего эффекта.

К сожалению, в качестве приемов рекомендуется громадное количество массажных манипуляций с весьма запутанной, часто непонятной терминологией: защипывание, натяжение, вонзание, толкание и др. Это вынуждает каждого массажиста проводить сеанс массажа по произвольной методике, затрудняет контроль за качеством сеанса и отражается на эффективности метода. Отсутствует в названии метода, и единая система в описании приемов, техники и методики массажа. Метод называют «пальцевой чжень», «прессура», «шпа-цу» (правильней называть «шпацзу»), «восточный массаж» («даран барих арга»), «точечный массаж». Последнее является наиболее удачным и приемлемым для современного представления о данном методе как о своеобразном методе рефлекторного воздействия.

Здесь мы делаем попытку на основе многолетней практической и научной работы унифицировать технику приемов точечного массажа. А применяя приемы классического ручного массажа (Тюрин и А. М. Возможности самомассажа. Школа самостоятельного овладения приемами и методами. — М.: Знание, 1988. — 48 с. — Факультет здоровья № 1) в сочетании с точечным воздействием, удастся в большей степени изменить тонус мышечной системы, уменьшить болевые ощущения, возникающие после различных стрессовых воздействий.

Научное и практическое обоснование такого сочетания соответствует руководящим положениям древней китайской медицины, в которой вращательные движения пальца в области так называемых жизненных точек («кун-сюэ») применялись одновременно с ручным массажем («аньмо-чжи-ляо»), лечебным питанием («би-фань»), лекарствами растительного происхождения, гимнастическими упражнениями («тай-цзи-чжу-ань») с дыхательной гимнастикой («ци-гун»).

ТЮРИН Аверкий Михайлович — кандидат медицинских наук, п. о. профессора кафедры спортивной медицины Ленинградского института физкультуры имени П. Лесгафта, автор свыше 90 научных статей, пособий «Спортивный массаж» (Л.: 1971), учебника «Спортивная медицина и ЛФК» (М.: 1973) и монографии «Техника массажа» (Л.: 1986). В нашем издании в 1988 году опубликована его работа «Возможности самомассажа (Школа самостоятельного овладения приемами и методами)».

О ТЕОРИИ ТОЧЕЧНОГО МАССАЖА

Точечный массаж — механическое воздействие пальцами рук или аппаратами на строго определенные участки тела — является разновидностью чжень-дзю-терапии — метода народной медицины (называемого в большинстве стран акупунктурой — иглоукалыванием). Термин акупунктура происходит от латинских слов «acus» — игла и «punctum» — укол, точка; в Китае иглоукалывание называют «чжень», а прижигание «дзю». Эти два вида лечения почти всегда комбинируются, метод рассматривают как единый и называют чжень-дзю-терапией.

Основу иглоукалывания и точечного массажа (или «пальцевого чжень») составляет учение о точках акупунктуры (ТА) поверхности тела, общее число которых по последним данным — более 1500. Из них 695 называются классическими, т. е. пользующимися полным признанием. Однако практически используются приблизительно 100—150 точек воздействия.

В среднем диаметр классической точки — 0,2—5,0 мм. Каких-то особых, неведомых клеточных структур в ТА нет. По данным новейшей биологии, к точкам тяготеет более рыхлая соединительная ткань, волокна которой расположены в виде сетки (Г. Д. Новинский); в них чуть больше телец и колб, выполняющих роль рецепторов (Г. Кельнер); имеются небольшие группы тучных клеток, влияющих на обмен веществ за счет выделения активных веществ (Ф. Г. Нортнов). Точки воздействия имеют свои приметы: они больше поглощают кислород и сильнее дают инфракрасное излучение, более чувствительны к давлению и имеют свой электрический статус.

Показатели электрической индивидуальности в ТА проявляются более низким электрическим сопротивлением кожи (Ж. Пибойе), повышающейся величиной электрического потенциала, особенно в случаях заболевания (А. К. Подшибякин).

Границы активных точек расплывчаты. У спящего человека диаметр точки уменьшается до 1 мм, после отдыха достигает 1 см, а при заболевании расширяется до зон величины в несколько сантиметров.

Теоретическим обоснованием чжень-дзю-терапии является теория «цзинь-ло», или меридианная, теория физиологии организма. «Цзинь-ло» — это система невидимых каналов (меридианов), соединяющих точки для акупунктуры со сходными (при воздействии на них) лечебными эффектами и реакциями. Существует 14 основных (12 парных, 2 непарных), 15 вторичных и 8 чудесных каналов, обходными путями соединяющих точки, закрепленные за основными каналами. Несмотря на такое изобилие каналов, немалое количество ТА (281) ими не охвачены. Основные каналы носят названия (с позиций китайской медицины) внутренних органов: свой канал — у легких, у печени и т. д. Самые короткие каналы (сердца и перикарда) имеют по 9 точек, самый длинный канал — мочевого пузыря, на нем расположены 67 точек воздействия, и он охватывает всю голову, шею, спину и опускается до мизинца ноги.

По этим меридианам в человеческом организме циркулирует жизненная энергия «чи» (или «ци»), философское толкование которой затруднено с современных научных позиций. По мнению одного из ведущих отечественных специалистов В. Г. Вограляка (1961), «чи» — интегральная функция всей деятельности организма, его энергии, тонуса жизнестойкости. Каждый орган и система имеет «чи», как выражение обмена и функции в отдельный момент, их равнодействующая составляет «чи» организма.

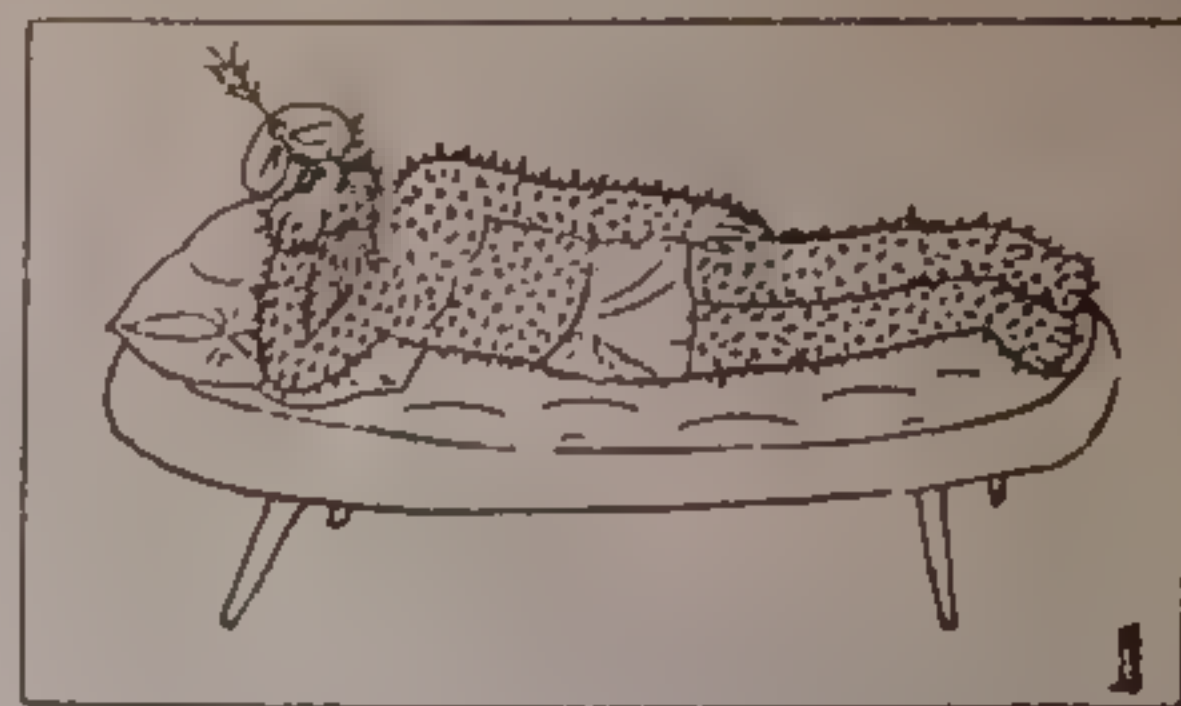
По теории, принятой в восточной медицине, «жизненная энергия» поступает в организм через точки акупунктуры из окружающей среды и циркулирует по организму, проходя последовательно все органы и совершая полный кругооборот в течение суток. Данное положение о циркуляции энергии согласуется с исследованиями о биологических ритмах, находящих все большее признание в современной медицине и биологии.

Формой проявления жизненной энергии служит взаимодействие и борьба двух противоположностей, или «полярных сил», — ян (положительной) и инь (отрицательной). На принципе ян-инь основаны положения восточной медицины основывают взаимоотношения органов между собой и их связи с покровами тела. Болезнь рассматривается как нарушение равновесия в нормальном распределении энергии между ян и инь. Если симптомы свидетельствуют о «недо-

порошка) также очень эффективны при лечении насморка и кашля. В таких случаях воду наливают в ведро. Ребенка, хорошо укутав, лучше всего посадить на перекладину в ванне, а ведро подставить под кран, постепенно добавляя горячую воду, пока можно терпеть. После этого следует быстро принять теплый душ, без мыла, только для того, чтобы смыть пот (можно просто обтереть все тело влажным, а затем сухим полотенцем). Ребенка кладут в постель; потогонный чай обязателен.

Если имеются какие-либо противопоказания к применению ручных или ножных ванн, не менее эффективным средством избавления от насморка являются паровые ингаляции: наливают в таз горячий отвар эвкалипта, шалфея, ромашки, сосновых почек, или в таз добавляют флакончик ментолового масла или камфорного масла, или же положить 1—2 столовые ложки меда. Дышать надо закрывшись с головой. Дети очень терпеливо переносят эту процедуру.

В самом начале простуды и при появлении насморка применяются



горчичные сапожки: на подошвы и на икры ног с боков ставят горчичники на ночь, а сверху надевают шерстяные носки. Детям горчичники лучше ставить на бумагу или, намочив один горчичник в горячей воде, сложить его с сухим горчицей внутрь и приложить к телу влажной стороной.

Если у ребенка были признаки аллергии (астматический бронхит, круп, сенная лихорадка, астма и пр.), то горчичные процедуры не рекомендуются, так как они могут спровоцировать приступ. В таких случаях также требуется особая осторожность в употреблении сильно пахнущих веществ. При склонности к носовым кровотечениям паровые ингаляции лучше не делать. Есть и более сильно действующие потогонные процедуры; их можно попробовать в тех случаях, когда повышается температура и можно или необходимо понизить ее без применения лекарств.

Грудное прохладное обертывание (по Васильевой). Взять два льняных (кухонных) полотенца, сложить по длине, одно полотенце намочить в прохладной воде (причем чем выше температура тела, тем холоднее должна быть вода) и слегка отжать, чтобы не капало; обернуть вокруг грудной клетки больного, поверх мокрого полотенца обернуть вторым (сухим) полотенцем и положить больного в кровать под одеяло на 30—40 мин.

Все потогонные процедуры про-

Слово

должают до тех пор, пока не выступит пот на лбу, после этого процедуру закончить. Затем полотенце снять и еще на 30 мин оставить больного отдыхать в постели. Это обертывание применяется для снижения температуры тела, если больного лихорадит. Его можно повторять несколько раз подряд, если от одного обертывания температура тела снизилась недостаточно. Для снятия температуры без помощи лекарств можно рекомендовать обтереть больного губкой или кухонным полотенцем, намоченным в воде с уксусом (1 ст. л. на литр теплой воды), или одеколоном или водкой (пропорции те же), причем чем выше температура тела, тем ниже должна быть температура воды. Естественно, делать это лучше всего прямо в постели, после чего больного надо тепло укутать и дать настоя или отвар лекарственного растительного сырья, обладающего потогонным действием.

Можно использовать другую методику, применимую и для детей старших возрастных групп, и для взрослых. Каждые полчаса больного сажать раздетого по пояс в постели и очень быстро обтирать его до пояса: грудь, бока, спину, руки, шею полотенцем, намоченным в холодной воде и тщательно отжатым, после чего, не вытирая насухо, положить и тепло закутать в одеяла. При этом обязательно надо дать выпить столовую ложку холодной воды, сока, морса клюквенного.

Более эффективной процедурой, снижающей высокую температуру и усиливающей выделение пота, является полное обертывание всего туловища. Эту процедуру лучше проводить следующим образом: разложить на кровати шерстяное одеяло, сверху, немного отступив от края, положить сухую простыню, лучше всего суровое полотно, холст, поверх нее положить другую простыню, намоченную в прохладной воде и тщательно выжатую. При очень высокой температуре можно разделить процедуру снижения температуры на два этапа.

Сначала обтереть больного с головы влажным полотенцем или накинуть на него быстро влажную простыню и хорошенько растереть руками поверх этой простыни, а потом уже положить обнаженным на влажную простыню, приготовленную на кровати, быстро завернуть, причем каждую ногу надо завернуть в отдельный край влажной простыни, сверху влажной простыни быстро завернуть сухую, потом теплое одеяло, а на него желательно положить еще что-нибудь теплое. В результате пациент лежит, как запеленатый грудной младенец, только голова свободна; если при этом есть жалобы на головную боль, можно положить на лоб сложенное полотенце, также намоченное в прохладной воде. Согревание происходит очень быстро, особенно если между одеялом и влажной простыней у ног положить горячую грелку.

При больных почках надо поло-

статке энергии, то орган находится в состоянии ищ и его необходимо тонизировать. При наличии признаков «избытка энергии», соответствующих состоянию янь, последнюю следует уменьшить (рассеивать). Это изменение в распределении энергии достигается воздействием на точки акупунктуры.

Казалось бы, идея каналов, жизненной энергии, предложенная с древних времен на Востоке, выглядит наивно и архаично, но положительные эффекты лечебного метода заставляют медиков в различных странах изучать построения китайской натурфилософии.

В зависимости от задач точечного массажа применяется целенаправленное воздействие на ТА определенных зон:

1. Для оказания влияния на ЦНС — воздействуют на точки общего или широкого спектра действия.
2. С целью влияния на шейный вегетативный аппарат используются точки воротниковой зоны (C₈ — Th₂).
3. Для воздействия на функцию внутренних органов применяются так называемые сегментарные точки.
4. С целью воздействия на радикулярный синдром и периферические нервы точечный массаж проводится в регионарные точки по паравerteбральным (околопозвоночным) линиям.
5. Для воздействия на суставы, мышцы, сухожилия, связки используются в основном местные точки.

Кроме того, ряд точек меридианов обладают определенными функциями и называются стандартными. На каждом меридиане их шесть:

1. Тонизирующая точка.
2. Тормозная (седативная) точка — служит для усиления тормозного процесса.
- (Тонизирующие и тормозные точки меридианов обрабатываются соответственно тормозным или возбуждающим методами воздействия, описание которых будет дано ниже.)
3. Точка «посланик» — используется для усиления возбуждающего или тормозного действия.
4. Стабилизирующая точка — это точка перехода энергии из одной системы организма (меридиана) в другую («ло» — пункт).
5. Сочувственная, или точка согласия, — находится вне меридиана и используется также для усиления воздействия на две первые точки.
6. Глашатая, или точка тревоги, — имеет диагностическое значение.

Таким образом, в точечном массаже областью воздействия является точка акупунктуры, способ же воздействия — массаж (Д. М. Табеева, 1980).

Впервые Э. Д. Тыкочинская (1969) внедрила у нас во врачебную практику этот метод для лечения больных с двигательными расстройствами. В спортивной практике точечный массаж начал применяться нами с 1975 г. И уже в 1977 г., на Республиканской научной конференции в Минске, были доложены результаты, подтверждающие целесообразность использования этого метода с целью воздействия на мышечный тонус (В. И. Васичкин, Г. Н. Выгодина, А. М. Тюрин).

ТЕХНИКА И МЕТОДЫ ТОЧЕЧНОГО МАССАЖА

К основным приемам точечного массажа относятся вращение («жу»), вибрация («цзэн») и давление («циа»).

ПРИЕМ ВРАЩЕНИЕ

Выполняется в основном ладонной поверхностью концевой фаланги II, III, либо I пальцев руки (подушечками пальцев), реже — тыльной стороной средних фаланг, концевой фалангой I пальца, основанием ладони и кулаком. Вращение занимает большое место в любом варианте массажа, а симметричные точки обрабатываются одновременно двумя руками. Поэтому, чтобы правильно делать вращение двумя руками, необходимо освоить этот прием отдельно правой и левой рукой.

Прием вращение можно условно разделить на три фазы:

1. Ввинчивание — положение подушечки пальца или другой массирующей области кисти на точку акупунктуры и затем проникновение путем плавных, медленных вращательных движений в ткань тела (кожу, подкожную клетчатку, мышцы) на различную глубину в зависимости от расположения точки. Медленные круговые

движения выполняются без скольжения по коже, но обязательно с увеличением силы давления.

В литературе имеются указания о том, что происходящий в тканях сдвиг калий кальциевого равновесия воздействует на нервно-рефлекторный механизм (В. Нацук, В. С. Гойденко). Если массируются калий начинают собираться из окружающих тканей к центру, что вызовет возбуждающий эффект. При выполнении круговых движений по разворачивающейся спирали те же самые ионы как более подвижные разбегутся, оставив в ТА малоподвижные ионы кальция, что приведет к тормозящему эффекту. Трудно данное мнение аргументировать научно, но практика его подтверждает.

2. Прекращение вращательных движений и задержка пальца на глубине с давлением.

3. Выравнивание — возвращение пальца к исходному положению. В третьей фазе медленные круговые движения выполняются также без скольжения по коже, но с уменьшением силы давления. В конце фазы палец не отрывается от массируемой области, и сразу же начинается первая фаза нового цикла приема и т. д.

Частота вращательных движений в среднем равна одному в секунду. На глубине давления должны возникать так называемые предусмотренные ощущения в виде распирания, онемения и болезненности. Количество вращений, степень давления, время задержки пальца на глубине с давлением зависят от целей массажа.

Направление вращательных движений может быть различным, хотя в работах японских авторов указывается, что вращения массирующего пальца по часовой стрелке действуют тонизирующе, против часовой стрелки — седативно.

При выполнении приема вращения встречаются ошибки:

грубые, болезненные вращения напряженной кистью, вызывающие неприятные ощущения и боли;

движения по коже, а не с кожей, что уменьшает эффект действия приема;

травмирование кожи ногтем пальца;

неравномерный темп вращательных движений;

постоянная (малая или большая) сила давления на ткани в первой и третьей фазах приема, что неприятно для массируемого и быстро утомляет массажиста.

ПРИЕМ ВИБРАЦИЯ

Заключается в применении колебательно-дрожательных движений на точку или болезненные участки тела, производимых подушечками одного или нескольких пальцев, ладонью, возвышением большого пальца или всеми пальцами, сжатыми в кулак. Пальцы обычно ставятся перпендикулярно или под острым углом к точкам акупунктуры. На болезненных областях тела вибрация выполняется ладонью, кулаком или возвышением большого пальца. Во всех случаях массирующая поверхность должна плотно прилегать к массируемому месту, а колебательно-дрожательные движения направляются в глубину тканей.

Сила давления на ткани может быть постоянной или переменной, то увеличиваться, то уменьшаться. Поэтому предусмотренные ощущения могут быть различными — от чувства распирания до болевых с прерываниями.

Вибрация производится стабильно, т. е. на одном месте, или лабильно — вдоль меридиана или всей болезненной области тела (см. линейный массаж). Кроме того, вибрация может быть прерывистой. В этом случае рука массажиста, соприкасаясь с массируемой поверхностью тела, каждый раз отрывается от нее, в результате чего прием принимает характер отдельных колебательно-дрожательных толчков, следующих друг за другом.

Амплитуда вибраций должна быть минимальной, а частота — максимальной, в среднем 160—200 колебаний в минуту. Прием вибрация может сочетаться одновременно с вращательными движениями, главным образом в фазе задержки на глубине с давлением. Вибрация — это утомительный для ручного выполнения прием, и поэтому можно использовать специальные аппараты, позволяющие передавать вибрацию на массируемую область с различной частотой.

Наиболее часто встречающиеся ошибки при выполнении приема вибрация: большая амплитуда и немаксимальный темп колебательных движений; травмирование кожи ногтем пальца.

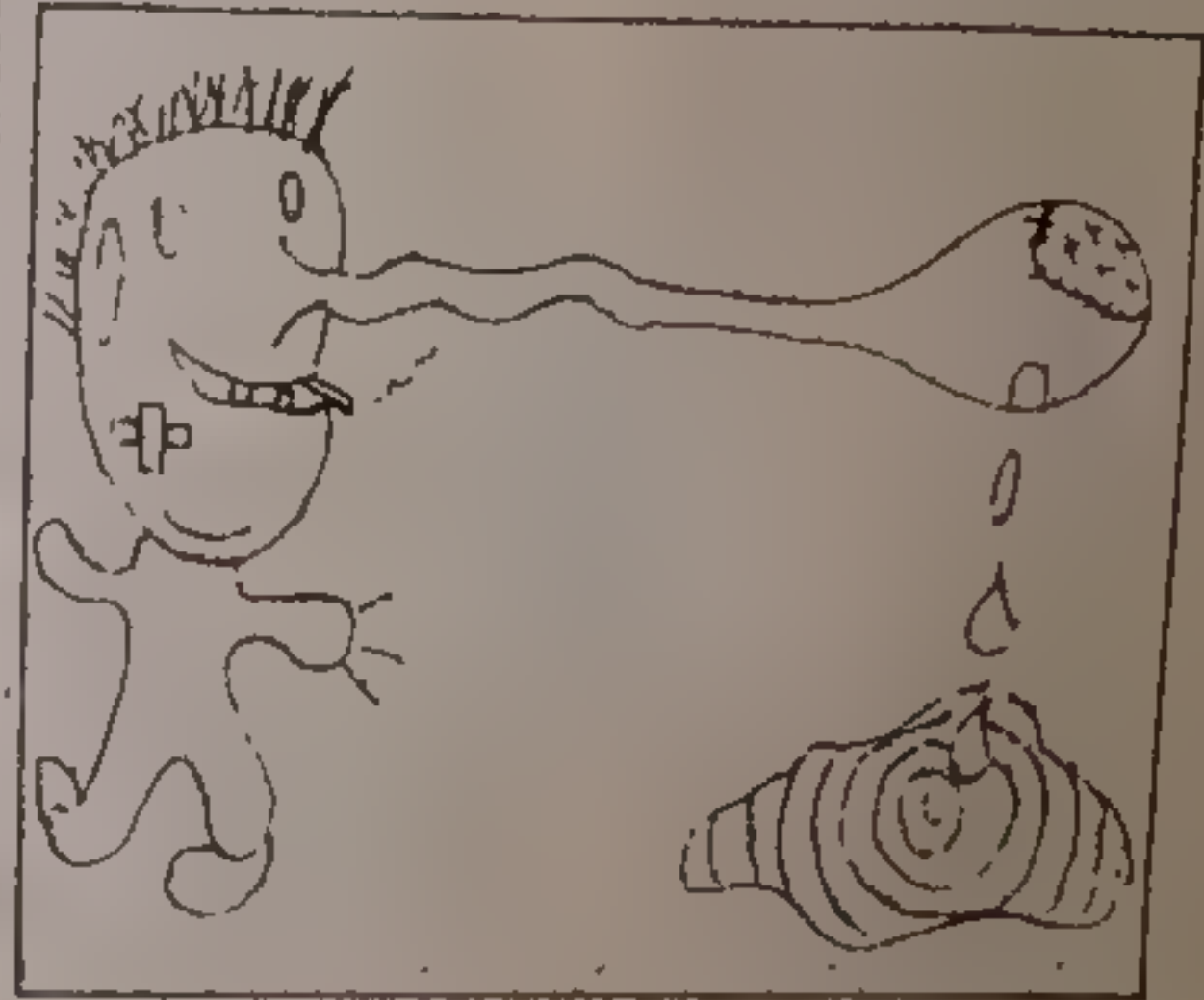
ПРИЕМ ДАВЛЕНИЕ

Преимущественно проводится с помощью большого пальца, причем давить на точку нужно второй фалангой (от плеча), выгибая палец, при выпрямленной руке (смотри 1). При необходимости надавливания на точку с большей силой надо поставить пальцы крест-

жить еще одну грелку к почкам, при больной печени — к печени. После обертывания дают потогонный чай, клюквенный морс или чай с медом. Эта процедура длится в течение часа-полтора. Первым признаком ее эффективности является появление пота на лбу. Температура обычно понижается через 10—15 минут, однако выделения пота может еще не быть. После обильного потоотделения надо обязательно обтереть пациента влажным, намоченным в теплой воде и выжатым полотенцем.

Бесспорно, резкое снижение температуры, выраженное потоотделением, вызывает слабость и некоторое понижение тонуса сердечно-сосудистой системы. Поэтому проведение этой процедуры, длительность ее требуют медицинского контроля.

Маленькие дети вообще гораздо легче переносят трехчетвертное обертывание (когда влажным полотенцем или куском холста обертывают только голенище от подмышек до паха, потом сухое полотенце, а сверху обертывают в шерстяной шарф или платок). Одновременно на ноги надевают влажные, намоченные в холодной воде и выжатые хлопчатобумажные носки, а сверху носки шерстяные. Прямо поверх обертывания на ребенка можно надеть рубашку и свитер, и тогда он не чувствует себя скованным и может спокойно играть в постели.



Безусловно, родители, которые хотят попробовать на своих детях нелекарственные способы снижения температуры с помощью обертываний, должны сначала провести эту процедуру на самих себе, чтобы убедиться в ее безопасности и эффективности. Они почувствуют, что компресс быстро становится теплым. Объясняется это тем, что от холодной воды капилляры мгновенно сужаются и тут же рефлекторно расширяются, и кровь начинает течь быстрее, а с ней к кожному покрову прибывают и скопившиеся продукты выделения — «шлаки».

В практике успешно применяется также горчичное обертывание. Влияние данной процедуры на организм связано главным образом с раздражающим действием горчицы на кожу. Получаемое при этом активное расширение кожных сосудов сопровождается улучшением кровообращения внутренних органов, что способствует ликвидации воспалительных процессов. По технике горчичное укутывание отличается от вод-

Слово

ного тем, что простыня смачивается не водой, а раствором горчицы.

Горчичный раствор готовится следующим образом: в стакане теплой воды растворяют две-три столовые ложки горчицы и растирают ее до исчезновения комочков. Приготовленный раствор выливают в таз с 4 стаканами воды и тщательно размешивают. В таз опускают простыню (для детей предварительно смоченную в подсолнечном масле), слегка отжимают и плотно обертывают ею все тело больного, укутывают сухой простыней и одеялом. При горчичном укутывании необходимо защитить чувствительные участки кожи (шея, промежность) от раздражающего действия горчицы. Продолжительность горчичного обертывания 5—10—15—20 мин, с учетом индивидуальной переносимости. Применяется через день, курс лечения — 4—5 процедур.

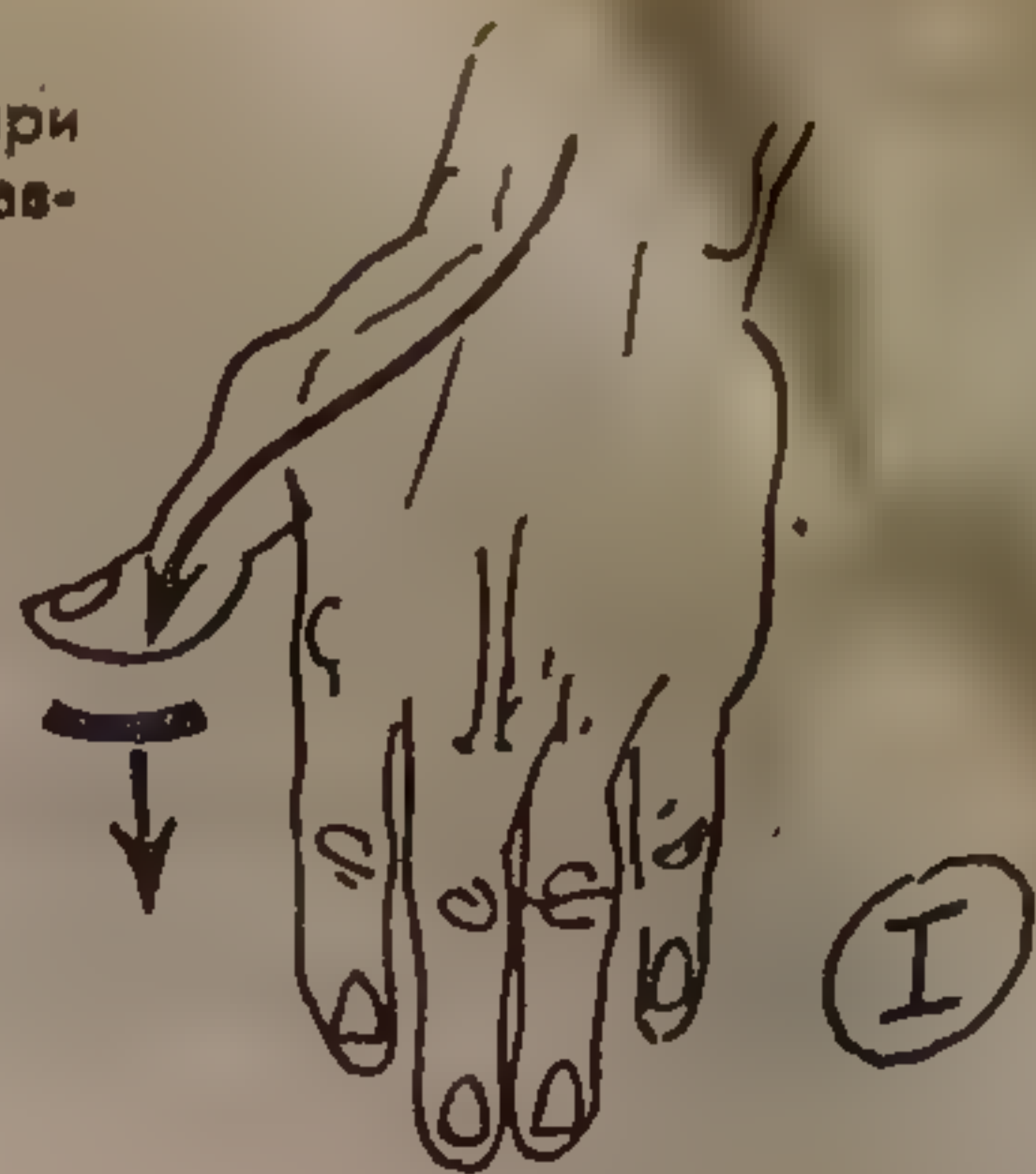
По окончании процедуры кожа для освобождения от остатков горчицы быстро обтирается куском мягкой ткани, увлажненной теплой водой, и тщательно вытирается. Затем больного снова укутывают в сухую простыню и теплое одеяло на 30—40 мин. Кроме общих горчичных обертываний, часто применяются частичные горчичные обертывания на область грудной клетки (главным образом детям). Общие и частичные горчичные обертывания показаны при воспалении легких, острых бронхитах.

Прекрасным закаливающим средством является контрастная ванна. Процедура проводится следующим образом: в ванну наливается теплая вода (приятной температуры), больной ложится в нее. Через 5 мин, когда он согрелся, быстро садится на перекладину, вынимает ноги из воды, опираясь ими на внутренний край ванны, быстро обливается (или его обливают) из душа прохладной водой (начиная с ног), после этого сразу же вновь ложится в теплую ванну (в нее добавляют немного горячей воды) и через 5 мин обливается снова.

Каждый раз надо обязательно согреться в ванне, чтобы не было чувства озноба, а каждое холодное обливание начинать с ног, а потом очень быстро обливать все тело. После пяти-шести чередований появляется чувство легкости в груди, знакомое всем, кто ходит париться в баню. Кончать процедуру необходимо прохладным обливанием, тщательным растиранием всего тела, одышкой и потогонным питьем.

Можно заменить ванну приемом контрастного душа. Вначале поливают себя горячим душем приемлемой температуры, согревшись, переключив кран, быстро обливаются (начиная с ног) более холодной водой так, чтобы перепад температуры был чувствителен. Затем снова теплый душ, чуть-чуть погорячее первого, и снова более прохладное обливание; повторяют это пять-шесть раз до появления ощущения бодрости; закончить надо обязательно прохладным обливанием, после чего

Направление усилий при выполнении приема давления



накрест с расчетом, чтобы сила обоих пальцев проходила по одной линии, но нижний палец был бы более округлен. Кроме надавливания большим пальцем, в точечном массаже применяются следующие разновидности: вторыми фалангами II—IV пальцев, возвышением большого пальца, ребром или основанием ладони, с отягощением большого пальца локтевым краем кисти.

Давление на ткани может быть постоянным или переменным, увеличиваться и уменьшаться. Сила давления различная — от слабого до сильного, поэтому предусмотренные ощущения тоже различны — от появления чувства тепла и появления покраснения до онемения.

Прием трудоемок для массажиста, и в связи с этим в точечном массаже могут использоваться шаровидные наконечники диаметром от 1 до 20 мм, сделанные из оргстекла, твердых пород дерева (дуб, самшит), дюралюминия, эбонита, фторопласта. На иллюстрации II представлен фторопластовый наконечник с ручкой, применяемый нами на крупных мышцах (рацпредложение № 510/20 от 5.06.1984 г. Комитета по физической культуре и спорту при СМ РСФСР).

Основные ошибки при выполнении приема давления: надавливание первой фалангой пальца, что может привести к его травме.

ТРИ МЕТОДА ТОЧЕЧНОГО МАССАЖА

Применяются сильный, средний и слабый методы.

Сильный — тормозной, оказывающий противоболевое и релаксирующее (снижение мышечного тонуса) действие. Допускается давление с силой, необходимой для проникновения через все ткани до костной системы, и достигающее по интенсивности до болевого порога и иррадиации. Вращательные движения, вибрация и надавливание выполняются периодически, т. е. 20—30 с с возрастающим усилием и 5—10 с с уменьшением силы давления на точку.

Общее время воздействия на каждую точку 5 мин и более. В качестве ориентира для дозировки можно использовать появление вазомоторной реакции в виде исчезновения бледного пятна после прекращения надавливания или наступившее расслабление мышц, ощущаемое отчетливо массирующим пальцем.

Сильный тормозной вариант точечного массажа в основном используется при миогелозах, отчетливом гипертонусе мышц.

Средний способ — тормозной вариант, оказывающий релаксирующее (расслабляющее) действие. Давление производится с силой, проникающей до мышц, до получения предусмотренных ощущений в виде распирания, онемения и ломоты. Частота движений небольшая (10—20 с с возрастанием усилий и 3—5 с с уменьшением силы давления на точку). Общее время воздействия — 2—3 мин на каждую точку. Критерием дозировки может служить вазомоторная реакция в виде заметного покраснения кожи в местах массажа.

Широко применяется при всех состояниях и заболеваниях, связанных с повышенным мышечным тонусом.



Фторопластовый наконечник с ручкой

Слабый — поощряющий вариант, оказывающий стимулирующее действие при гипотоническом состоянии мышц. Для достижения возбуждающего эффекта палец, вращаясь, вибрирует или надавливая, что палец отрывается от кожи на 1—2 с. Длительность воздействия в каждой точке — в среднем 1 мин.

Используется в основном в лечебной практике в сочетании с комплексами лечебной физкультуры.

О ТЕОРИИ ЛИНЕЙНОГО МАССАЖА

Другой разновидностью восточного массажа является линейный массаж, который применяется в основном при лечении многих форм заболеваний. Можно сказать так, что точечный и линейный массаж — это два цветка на одном стебле, аромат которых практически одинаков по результатам своих воздействий.

Линейный массаж осуществляется обязательно с учетом направления тока энергии по меридианам. По восточным представлениям, на нижних конечностях по внутренней поверхности (меридианы почек, селезенки и печени) энергия течет от стопы до паховой складки и в обратном направлении по внешней поверхности ноги (меридианы мочевого пузыря и желудка); на верхних конечностях — от кисти до плеча по внешней поверхности (меридианы толстой кишки, тонкого кишечника и тройного обогревателя) и в обратном направлении (от плеча до пальцев) по внутренней поверхности (меридианы сердца, легких и перикарда).

Тонизирующий линейный массаж выполняется движениями в направлении тока энергии в меридиане с целью лечения синдрома пустоты, для усиления и восстановления функции, а тормозной (седативный) линейный массаж — против тока энергии в меридиане, в котором обнаружен синдром полноты.

Таким образом, эффективность линейного массажа определяется знанием массажистом хода меридиана и точностью установления знака болезни, т. е. правильного отнесения к ян- или инь-заболеваниям.

На практике можно применять простую и удобную схему тестов, позволяющих после опроса и осмотра пациента определить приближенно знак болезни.

Симптомы и болевые ощущения
ян- и инь-заболеваний (по Борсарелло)

ЯН-заболевания

Боль острая, ведавшая, прерывистая

Боль дневная, усиливающаяся при ходьбе, от тепла, надавливания
Кожа красная, сухая, шелушащаяся

Боль скручивающая, острая, чувство электрического тока, стреляющая, колющая, поверхностная и локализованная, пульсирующая

Боль изменяет место нахождения

Боль уменьшается при охлаждении
Покалывание (мурашки по телу), контрактура, спазмы, зуд
Худоба, логорея (неудержимый речевой поток, возбуждение)
Глаза живые, подвижные

Вид спортивный, лицо красное
Сон легкий

Частые судороги, спазмы

Пациент активный, предприимчивый

Пациент не мерзнет (пезыбкий), веселый

Для женщин: менструация обильная, цикл короткий

ИНЬ-заболевания

Боль хроническая, старая, постоянная

Боль ночная, уменьшающаяся при движении, от тепла, надавливания
Кожа бледная, влажная, отек, пот

Боль глубокая, диффузная, костная, тяжелая, рассредоточенная, жжет, горит, ушиб, контузия

Боль имеет постоянное место нахождения

Боль усиливается при охлаждении
Вялость, сухость, усталость, глубокий сон

Тучность, спокойствие, молчаливость

Глаза неподвижные, тусклые, полузакрытые

Вид апатичный, лицо бледное

Сон глубокий

Вялость, сухость мускулов

Пациент пассивный, скромный

Пациент вялый, часто угнетенный (подавленный)

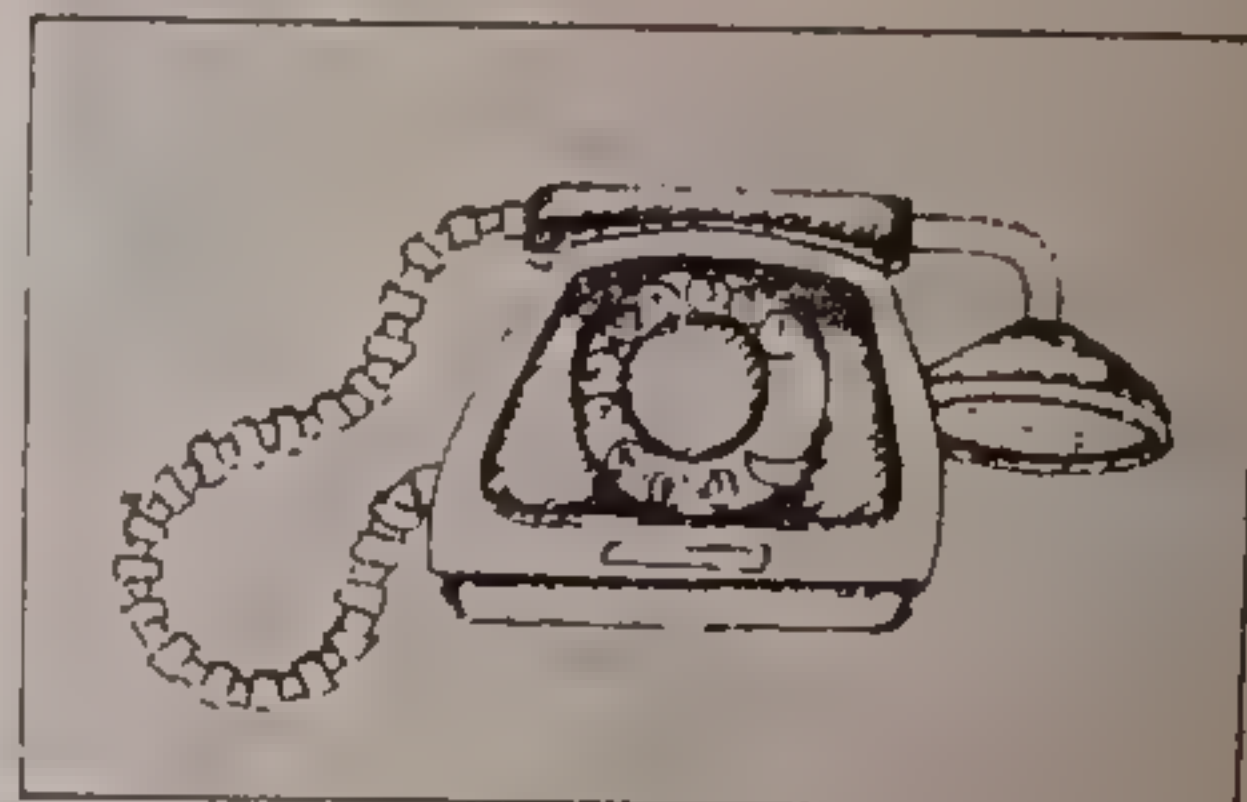
Менструация обильная, длительная

хорошенько растереться, лечь в постель и выпить потогонный чай с медом и лимонным соком.

Хотелось подчеркнуть, что контрастные ванны и душ наиболее показаны тем больным, которые ранее пользовались ими для закаливания. У незакаленных, неподготовленных детей и взрослых применение контрастных процедур во время острого респираторного заболевания может вызвать обострение хронического, вяло текущего процесса. Для детей, которых обычно сильно укутывают, лучше рекомендовать различные обертывания (можно с применением горчицы).

Необходим строгий индивидуальный подход к проведению водных процедур. Применение холодной воды при высокой температуре тела можно рекомендовать для крепких людей: делается ножная ванна холодной водой не более 1 мин, затем надевают теплые носки. Больной ходит в течение 15 мин. При таком методе температура тела снижается на 1 градус.

Хождение босиком по росе, мокрым камням, по кромке воды на берегу озера, речки, моря, по снегу, если соблюдаются условия «ле-



чения»: разогреться до хождения, потом надеть сухие носки и снова разогреться, является одним из самых эффективных средств оздоровления для астматиков, сердечников и тысяч других больных. Однако пользоваться контрастным душем или ванной слабым больным с явлениями простудного характера (чихание, насморк, першение в горле) опасно. Большинство ванн небольшой площади, недостаточно вентилируются. Создается высокая влажность холодного воздуха, что, бесспорно, может отрицательно сказаться на течении заболевания. В этом отношении лучше горячий душ или горячее обертывание.

Горячее грудное обертывание (по А. Залманову): «Большое махровое полотенце (длиною около 1,5 м для взрослого или 1 м для ребенка до 14 лет) сложить 2—3 раза так, чтобы его ширина закрывала грудную клетку больного от подмышек до конца ребер. Длину же подобрать так, чтобы один конец сложенного полотенца при обертывании груди больного перекрывал другой конец на 30—40 см. Подготовленное таким образом полотенце свернуть в рулон (бинтом). Потом взять второе махровое полотенце, равное по длине первому, но немного шире, с таким расчетом, чтобы второе полотенце, сложенное в 2—3 раза, перекрывало по ширине первое полот-

Слово

Знак болезни определяется следующим образом: если у пациента после опроса и осмотра сумма ян-признаков больше, то у него устанавливается ян-заболевание (синдром полноты), и если наоборот, то — инь-заболевание (синдром пустоты).

не. Затем его также свернуть в рулон. Тонкое шерстяное или байковое одеяло сложить в 3 слоя по длине, чтобы оно в сложенном виде перекрывало ширину второго полотенца, после чего одеяло тоже свернуть в рулон (бинтом).

Больной раздет до пояса. Тот, кто проводит процедуру, надевает на руки резиновые перчатки (лучше анатомические) и опускает первое полотенце в свернутом виде в таз с водой (температуры не ниже 60°), хорошо промачивает его (около 15—20 с), быстро отжимает и, не теряя ни секунды, обертывает его вокруг грудной клетки больного; поверх мокрого полотенца накладывают сухое полотенце и затем одеяло. Больной ложится в постель на спину, хорошо укутывается до подбородка теплым (ватным) одеялом и лежит 20 мин. Затем больной надевает чистое сухое белье и отдыхает в постели 1 час. Температура в тазу обязательно контролируется градусником (водяным или лабораторным). Показания водяного градусника (до 100° С) непременно надо сравнить с медицинским ртутным, опустив оба термометра в стакан с негорячей водой на 1 мин. В дальнейшем температуру воды в тазу можно довести до 65°, постепенно увеличивая каждый раз на 1 градус (не больше), но можно остановиться на 61—63 градусах.

Горячие грудные обертывания можно делать и без посторонней помощи. Для этого поперек кровати кладется сложенное в 4 раза шерстяное или байковое одеяло, на него накладывается сухое махровое полотенце, сложенное пополам по длине. Поверх сухого полотенца кладется мокрое, хорошо отжатое махровое полотенце, также сложенное пополам. Больной ложится спиной на все три слоя и быстро заворачивает на грудь сначала концы мокрого полотенца, а затем концы сухого полотенца и одеяла. Сверху он накрывается ватным одеялом. Воду для такого обертывания надо брать горячей (65—70°). Полежав так 20 мин, следует затем отдыхать в постели не менее 1 часа.

Горячие грудные обертывания вызывают усиление капиллярного кровотока в легких, способствуют отделению мокроты, активизируют организм, являются превосходным средством лечения острых и хронических заболеваний органов дыхания (пневмоний, бронхитов и пр.). После водных процедур необходимо рекомендовать потогонный чай, или клюквенный морс, либо чай с медом и малиной. В случаях заболевания верхних дыхательных путей больной должен принять настой трав, смягчающие кашель и улучшающие отхождение мокроты. При этом питание должно быть легким, молочно-растительного характера.

В. К. КУКЕС, доктор
медицинских наук
Н. Ю. АБАШИНА,
кандидат медицинских наук

ТЕХНИКА И МЕТОДЫ ЛИНЕЙНОГО МАССАЖА

К основным приемам линейного массажа относятся: поглаживание с надавливанием и поглаживание с вибрацией.

ПРИЕМ ПОГЛАЖИВАНИЕ С НАДАВЛИВАНИЕМ
Выполняется в основном подушечкой III, II и I пальца, реже тыльной стороной одной из средних фаланг или возвышением большого пальца.

Выполняется прием точно по ходу меридиана с нарушенной функцией, не затрагивая зон других меридианов, не вовлеченных в патологию. Сила давления зависит от метода массажа и может быть от 0,2 до 10,0 кг. Первые поглаживания в линейном массаже делают с небольшим давлением, затем нажим постепенно увеличивается, последнее прохождение делают с сильным нажимом. Во всех случаях, т. е. во время одного и того же прохождения, давление пальцем на всем пути массажа должно быть одинаковым.

При выполнении приема должны возникать предусмотренные ощущения от слабых до сильных в зависимости от метода массажа.

При выполнении приема поглаживания с надавливанием встречаются ошибки: непостоянное давление при одном и том же массирующем движении, т. е. в исходной и конечной точке массажа; неточное соблюдение пути движения массажа; чрезмерно сильный нажим при первых турах (пассажах) линейного массажа по сравнению с последующими движениями.

ПРИЕМ ПОГЛАЖИВАНИЕ С ВИБРАЦИЕЙ

Заключается в применении, как и в точечном массаже, колебательно-дрожательных движений по ходу выполнения поглаживания, производимых подушечкой одного из первых трех пальцев.

Амплитуда вибраций должна быть минимальной, а частота в зависимости от метода массажа — от 50 до 200 колебаний в минуту.

Наиболее часто встречающиеся ошибки: большая амплитуда, травмирование кожи ногтем пальца и все те, что наблюдаются при приеме поглаживания с надавливанием.

ТРИ МЕТОДА ЛИНЕЙНОГО МАССАЖА

Седативный (тормозной) метод — сильное глубокое надавливание (до 10,0 кг), затрагивающее подкожную клетчатку, мышцы, надкостницу. Вибрация выполняется с частотой от 150 до 200 колебаний в минуту. Предусмотренные ощущения — на грани боли, распирания и значительного тепла. Общее время воздействия — до 5—6 мин, иногда до 15—20 мин. Направление движения рук — против хода меридиана, от больного участка к здоровому.

Нейтральный (гармонизирующий) метод — надавливание средней силы, вибрация до 100 колебаний в минуту с достижением принятых предусмотренных ощущений и гиперемии. Длительность приемов — до 3 мин, иногда до 10 мин. Линейные движения вдоль хода меридиана можно чередовать с движениями против хода.

Тонизирующий метод — легкие, мягкие поверхностные надавливания до 0,2 кг и вибрации до 50 колебаний в минуту, затрагивающие кожу и подкожную клетчатку. Предусмотренные ощущения слабые, длительность приема до 1—2 мин, иногда до 5—6 мин. Движения рук короткие, направление — вдоль хода меридиана, от здоровой области к больной.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ТОЧКИ ДЛЯ РАССЛАБЛЕНИЯ И СТИМУЛЯЦИИ МЫШЦ

Точки акупунктуры подбираются индивидуально в зависимости от функционального состояния мышц и обуславливаются поставленными задачами. В оздоровительной практике точечный массаж в основном применяется с целью расслабления тонуса спастических мышц и стимуляции атоничных и гипотоничных антагонистов. Эффект изменения тонуса нервно-мышечной системы массажист контролирует рукой, придерживающей конечность в дистальном отделе. В течение одного сеанса массажа следует применять воздействие не более чем на 12 таких точек, которые оказывают наибольший эффект на состояние опорно-двигательного аппарата массируемого. Точечный массаж можно сочетать с пассивными или активными движениями. Анатомо-топографическая локализация рекомендуемых точек для

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Точечный и линейный массаж имеют ряд преимуществ перед другими видами рефлексотерапии.

1. Научиться пальцевому массажу гораздо легче, чем, например, акупунктуре.

2. Гигиенические требования при проведении сеансов массажа минимальные и не требуют каких-либо сложных приборов, дезинфицирующих веществ.

3. Проводить эти виды массажа можно амбулаторно и в любых производственных помещениях.

4. Эффективность воздействия у опытных массажистов не уступает акупунктуре.

5. Пальцевой массаж удобен при оказании экстренной помощи, а также в виде самомассажа.

6. Точечный и линейный самомассаж очень эффективны для восстановления работоспособности и при физическом утомлении.

Гигиенические требования при точечном и линейном массаже аналогичны тем, что предъявляются к проведению ручного классического массажа и широко описаны в литературе.

При использовании методов рефлексотерапии в лечебной и оздоровительной практике с учетом показаний и противопоказаний к применению точечного и линейного массажа следует ориентироваться на приказы министра здравоохранения СССР от 17 марта 1976 г. и 24 ноября 1980 г.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

Основными показаниями для применения точечного и линейного массажа в оздоровительной практике являются болевые ощущения функционального генеза и гипертонус мышечной системы, а также следующие заболевания (нумерация, согласно индекс международной классификации болезней 9-го пересмотра — 1974 г.).

1. Неврозы

Неврозы страха (300.0); истерический невроз (300.1); депрессивный невроз (300.4); неврастения (300.5).

Отдельные невротические синдромы типа икоты, аэрофагии и др.

воздействия на топус мышц представлена ниже и дана по данным сотрудников кафедры рефлексотерапии Ленинградского ГИДУВа (Качан А. Т., Богданов И. И. и др. Анатомо-топографическое расположение корпоральных точек акупунктуры и показания к их применению. — Воронеж: изд. Воронежск. ун-та. 1986. — 144 с.).

ОБЛАСТЬ ШЕИ: ТОЧКИ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Фу-ту — в области шеи сбоку в центре брюшка грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне линии верхнего края щитовидного хряща, проведенной параллельно ключице (см. III).

Тянь-дин — у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне линии нижнего края щитовидного хряща, проведенной параллельно ключице.

Фэн-чи — в углублении, образованном сверху затылочной костью, медиально-трапециевидной мышцей, а латерально — задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы (см. IV).

Вань-гу — у задне-нижнего края сосцевидного отростка на уровне фэн-чи.

Фэн-фу — на средней линии между затылочной костью и первым шейным позвонком на уровне фэн-чи.

ОБЛАСТЬ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цзи-цюань — в переднем отделе подмышечной впадины на уровне вершины подмышечной складки между большой грудной и двуглавой мышцами плеча.

Чжоу-жун — во втором межреберье в области расположения большой грудной мышцы.

Да-чжуй — на середине расстояния между остистыми отростками VII шейного и I грудного позвонков (см. IV).

Цзянь-юй — в области плечевого сустава между головкой плечевой кости и акромальным отростком лопатки.

Цзянь-цзинь — на самой возвышенной части надплечья на уровне середины расстояния между цзянь-юй и да-чжуй.

Да-чжу — на уровне межостистого промежутка I—II грудных позвонков.

Цзянь-чжун-шу — на середине расстояния между да-чжуй и цзянь-цзинь и на уровне да-чжу.

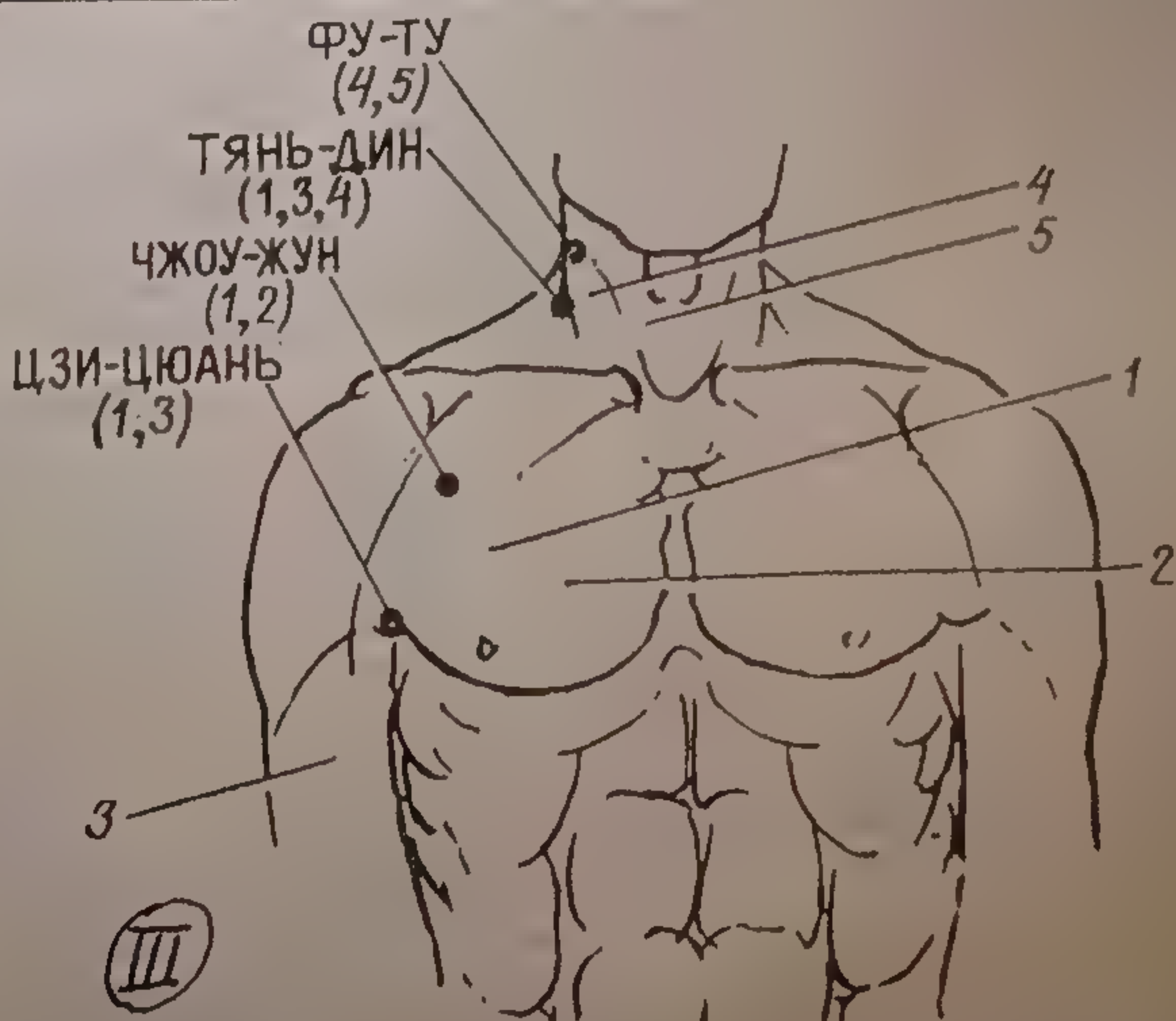
Пао-шу — под остью лопатки в месте перехода ее в акромальный конец лопатки.

Цзянь-чжень — в вершине подмышечной складки сзади при свободно опущенной руке.

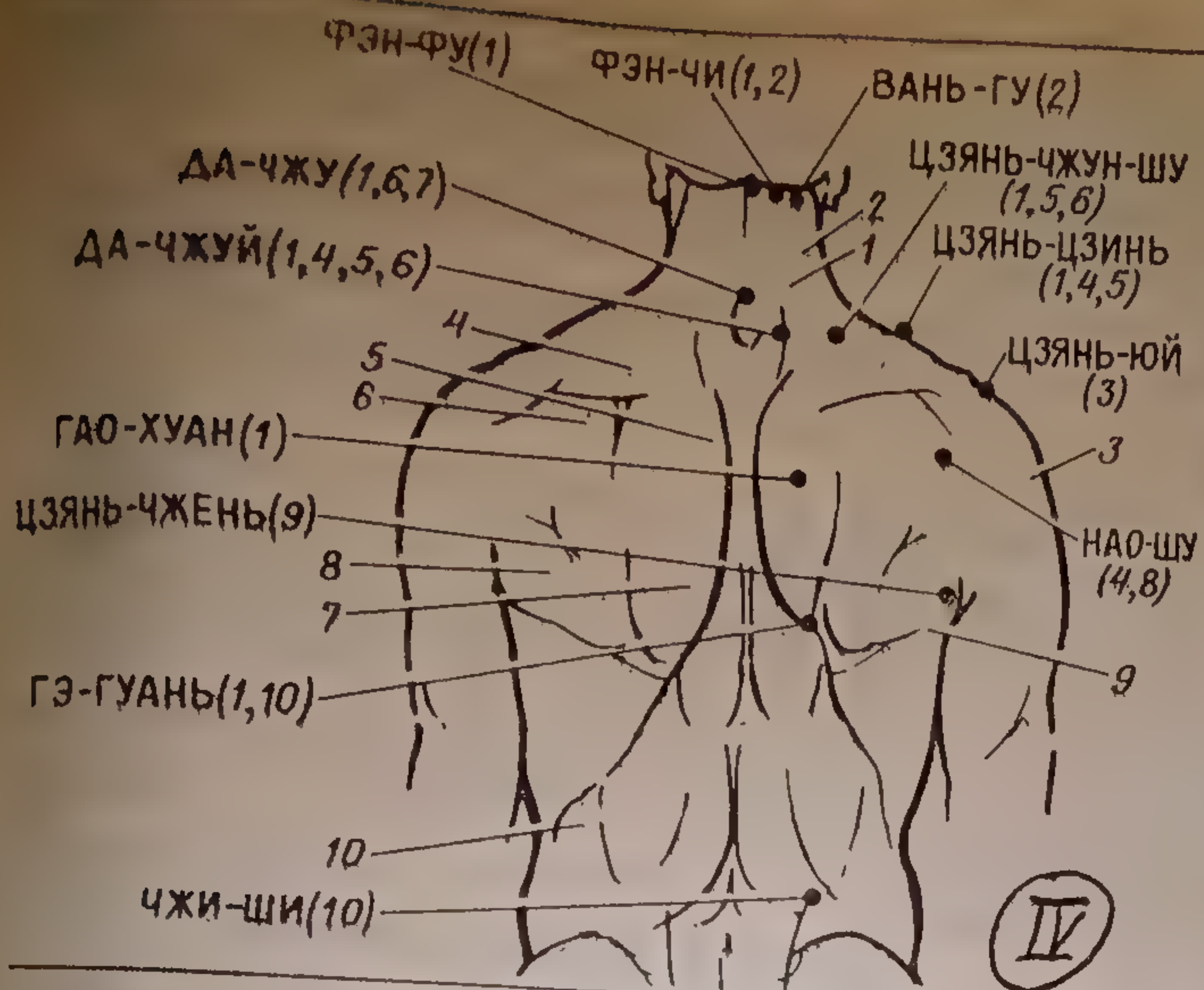
Гао-хуан — на внутреннем крае лопатки на уровне середины расстояния между остистыми отростками IV—V грудных позвонков.

Гэ-гуань — на внутреннем крае нижнего угла лопатки на уровне межостистого промежутка VII—VIII позвонков.

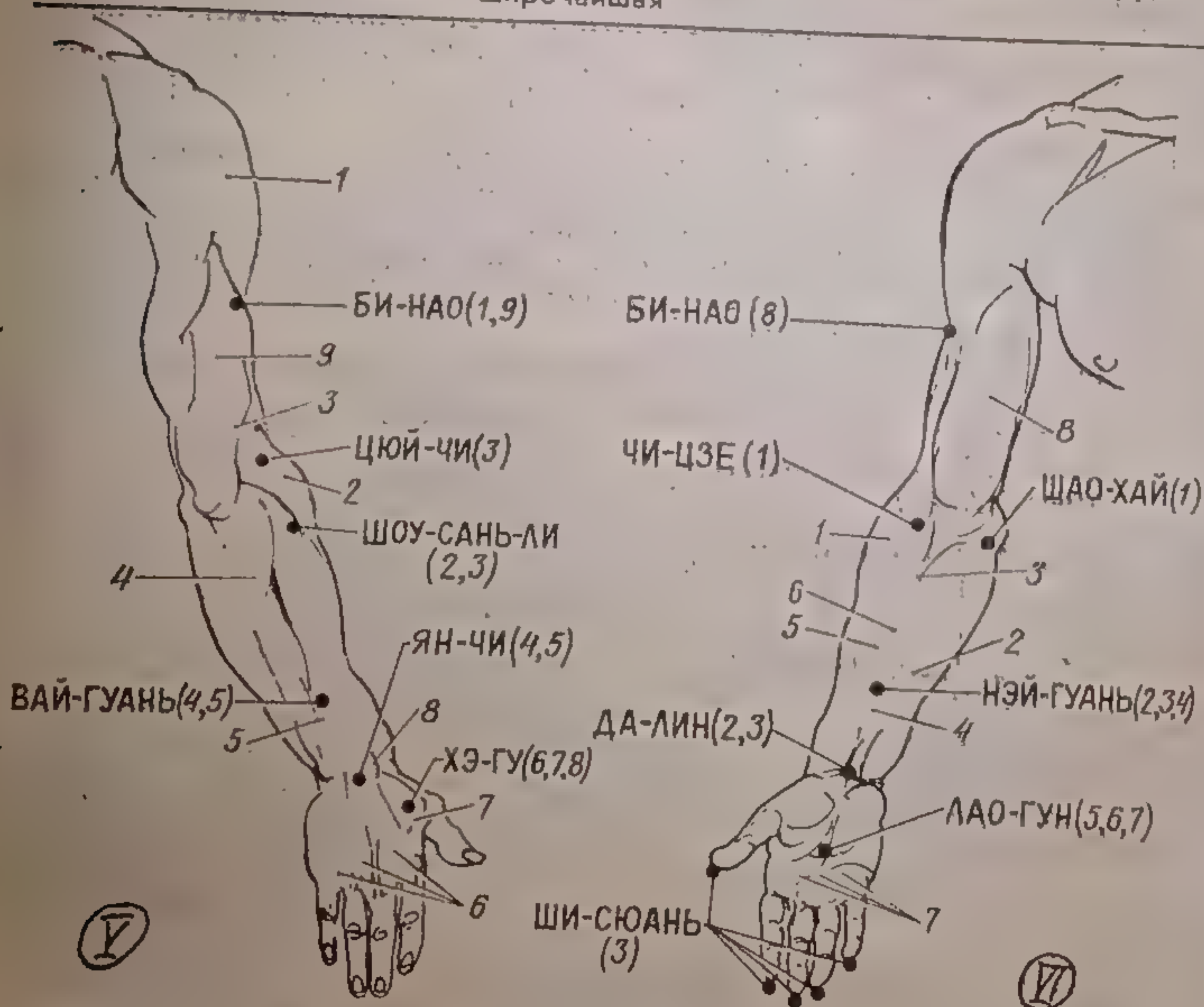
Би-пао — в месте прикрепления дельтовидной мышцы к одноименной бугристости плечевой кости (см. V).



Основные точки воздействия на передней поверхности туловища и их влияние на мышцы: 1 — большая грудная, 2 — малая грудная, 3 — двуглавая плеча, 4 — грудино-ключично-сосцевидная, 5 — подкожная шей.



Основные точки воздействия на задней поверхности туловища и их влияние на мышцы согласно нумерации: 1 — трапецевидная, 2 — грудино-ключично-сосцевидная, 3 — дельтовидная, 4 — надкостная, 5 — мышца, поднимающая лопатку, 6 — ромбовидная, 7 — глубокие спины, 8 — подостная, 9 — большая круглая, 10 — широчайшая



Основные точки воздействия на задней поверхности руки и их влияние на мышцы: 1 — дельтовидная, 2 — длинный лучевой разгибатель кисти, 3 — плечелучевая, 4 — разгибатель пальцев, 5 — разгибатель мизинца, 6 — межкостные, 7 — приводящая первый палец, 8 — короткий сгибатель первого пальца, 9 — трехглавая мышца плеча

Основные точки воздействия на передней поверхности руки и их влияние на мышцы: 1 — плечевая, 2 — длинная ладонная, 3 — лучевой сгибатель кисти, 4 — квадратный пронатор, 5 — глубокий сгибатель пальцев, 6 — поверхностный сгибатель пальцев, 7 — червеобразные, 8 — двуглавая плеча

2. Болезни нервной системы

Мигрень (346); неврит лицевого нерва (350); невралгия тройничного нерва (351); неврит лучевого, локтевого, срединного нервов, плечевой плексит, ишиас (352); вегетативно-сосудистые синдромы (357).

3. Болезни системы кровообращения

Эссенциальная доброкачественная гипертония I стадии (401,1); рефлекторная стенокардия (413); нарушения сердечного ритма (экстрасистолия), не связанные с тяжелой патологией сердечной мышцы (427,9); гипотония (458,0).

4. Болезни органов пищеварения

Функциональные расстройства пищевода (530); функциональные расстройства желудка (536); функциональные расстройства кишечника (564).

5. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

Спондилоартрит (712); остеоартроз, артроз деформирующий, спондилез, спондилопатия травматическая (713); формы артрита: травматический, аллергический (714); люмбаго, миалгия межреберная, плечелопаточный перiarthritis (717).

6. Остеохондроз позвоночника

Нейродистрофические синдромы шейного и поясничного остеохондроза (728,0); радикулит плечевой (728,3); радикулит шейный (728,4); радикулит грудной с висцеральной болью (728,5); пояснично-крестцовый радикулит (728,8).

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

Точечный и линейный массаж может рассматриваться как симптоматическая терапия при органических заболеваниях нервной системы и внутренних органов, при которых имеются структурные изменения органов и систем. Однако в отдельных случаях могут проявляться положительные сдвиги (и даже задержки) процесса болезни, не говоря уже об общеукрепляющем и психотерапевтическом эффекте рефлексотерапии.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Опухоли доброкачественной природы.

Все злокачественные новообразования органов лимфатической и кровеносной ткани.

Болезни крови и кроветворных органов.

Острые инфекционные заболевания и лихорадочные состояния неясной этиологии.

Инфаркт миокарда.

Венозные тромбозы и эмболии в остром периоде.

Резкое истощение.

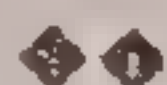
Физическое перенапряжение.

Острые воспалительные процессы опорно-двигательного аппарата.

В вопросах показаний и противопоказаний к применению точечного и линейного массажа недостаточно руководствоваться только нозологическим принципом, необходимо учитывать отдельные симптомы и синдромы заболеваний, индивидуальную реактивность. Например, точечный массаж как метод анальгезирующего (обезболивающего) действия можно применять при доброкачественных опухолях с резким болевым синдромом и при других заболеваниях.

Дополнительно следует учитывать, что точечный и линейный массаж после физиотерапевтических процедур можно проводить через 3—4 часа и не ранее чем через 3 месяца после рентгенотерапии, приема больших доз наркотических, психотропных препаратов и стероидных гормонов.

В заключение необходимо сказать, что, несмотря на имеющийся опыт применения точечного и линейного массажа, показания и противопоказания к применению этого метода еще нельзя считать окончательно разработанными.



После дискуссии

Многочисленных пациентов, которых волнует проблема лечения таких заболеваний как ДТП, ДЦП, рассеянный склероз, миопатии, можно обрадовать. В Москве распоряжением Совета Министров СССР от 21 декабря 1989 года № 2203ж создается Центр медицинской помощи больным параличами. Лечение больных будет осуществляться по новой высокоэффективной методике биокоррекции, разработанной доктором биологических наук, профессором В. Н. Васильевым (Генеральный директор Центра).

Теперь дело за приказом Минздрава СССР.

Метод биокоррекции позволяет вернуть к жизни больных, от которых отказалась практическая медицина. Кому показан метод, решают результаты диагностики при помощи адренограмм. Суть метода в устранении нарушений выработки организмом вещества дофамина, который наряду с другими функциями отвечает за тонус мышц, двигательную активность.

Центр будет уникален не только своей методикой, здесь будет творчески решаться проблема трудовой реабилитации. С помощью психологов будут выявляться и развиваться наклонности каждого пациента. В Центре будут работать (предусмотрено пунктом 3 решения Совмина) бывшие пациенты, заболевания которых считались несовместимыми с трудовой деятельностью.

Цюй-чи — на вершине складки при максимально согнутой руке в локтевом суставе.

Шоу-сань-ли — между группами мышц передней и задней поверхности предплечья на три поперечных пальца (II—IV) массируемого дистальнее цюй-чи.

Вай-гуань — в середине между локтевой и лучевой костями на три поперечных пальца (II—IV) проксимальнее лучезапястного сустава.

Ян-чи — в области лучезапястного сустава между сухожилиями общего разгибателя пальцев и собственного разгибателя мизинца.

Хэ-гу — в первом межпальцевом промежутке на уровне вершины кожной складки при приведенном I пальце на возвышении первой межкостной мышцы.

Шао-хай — на уровне локтевой складки наружу в локтевую сторону от сухожилия двуглавой мышцы плеча (см. VI).

Чи-цзе — на уровне локтевой складки наружу в лучевую сторону от сухожилия двуглавой мышцы плеча.

Нэй-гуань — между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти на три поперечных пальца (II—IV) проксимальнее лучезапястного сустава.

Да-лин — между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти на уровне лучезапястного сустава.

Лао-гун — на ладонной поверхности между III и IV пястными костями проксимальнее их головок.

Ши-сюань — на ладонной поверхности на кончиках концевых фаланг всех пальцев.

ЯГОДИЧНАЯ ОБЛАСТЬ И НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ

Чжи-ши — на уровне межкостного промежутка II—III поясничных позвонков на линии, проведенной через гао-хуан и гэ-гуань (см. IV).

Чжи-бянь — на уровне входа в крестцовый канал на линии, проведенной через гао-хуан, гэ-гуань и чжи-ши (см. VII).

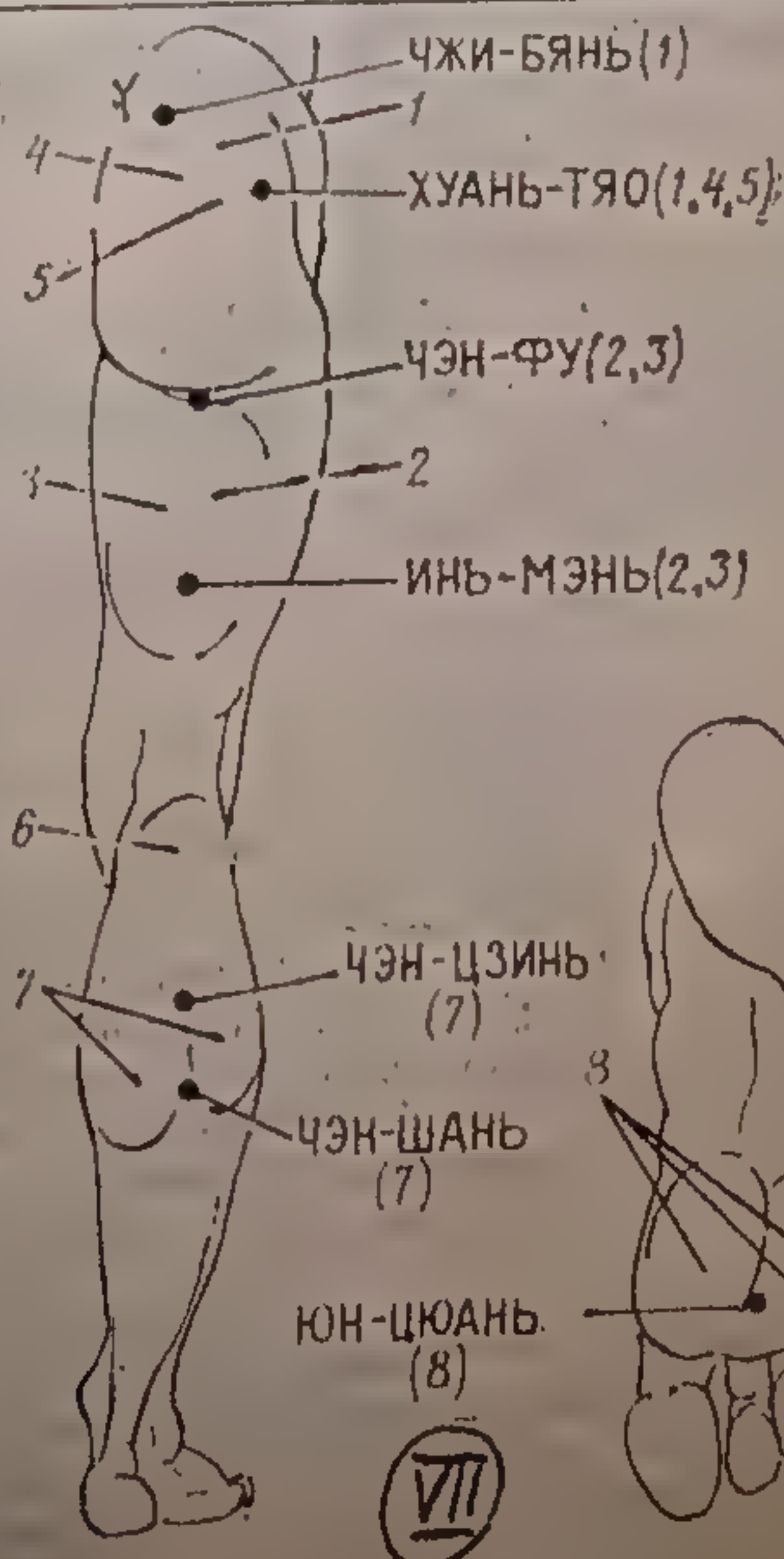
Хуань-тяо — на месте пересечения линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной кости и седалищный бугор, с перпендикуляром, восстановленным из вершины большого вертела, или на $\frac{1}{2}$ расстояния от вершины большого вертела до входа в крестцовый канал.

Чэн-фу — на ягодичной складке между длинной головкой двуглавой мышцы бедра и полусухожильной мышцей.

Инь-мэнь — в середине задней поверхности бедра между длинной головкой двуглавой мышцы бедра и полусухожильной мышцей.

Чэн-цзинь — в центре самого большого диаметра голени между головками икроножной мышцы.

Чэн-шань — в месте схождения нижних краев брюшек икроножной мышцы.



Основные точки воздействия на задней поверхности ноги и их влияние на мышцы: 1 — большая ягодичная, 2 — двуглавая бедра, 3 — полусухожильная, 4 — средняя ягодичная, 5 — малая ягодичная, 6 — подколенная, 7 — трехглавая голени, 8 — межкостные

Сенсационные сообщения об успехах народных врачевателей — постоянная тема читательских корреспонденций. В последнее время наши постоянные подписчики все чаще задают вопросы о колдунах, интересуясь секретами их работы. Публикуем беседу нашего корреспондента Ольги ЦАРЕВОЙ с известным деятелем народной медицины Юрием Васильевичем ТА-РАСОВЫМ.

МАГИЯ ЧЕЛОВЕКА

— Еще недавно в общественном мнении в нашей стране человек-колдун не представлялся загадкой. А о секретах колдунов писали просто и ясно, что они, мол, эксплуатируют склонность неграмотных людей к суеверию. Что вы скажете на это!

— Пусть это не покажется парадоксальным, но именно колдуны являются самыми активными и последовательными борцами с суевериями. Когда я слышу о человеке, который может якобы в течение минуты открыть вам «третий глаз», я всегда достаю анатомический атлас и спрашиваю: «товарищи, дорогие, покажите хотя бы приблизительно, где это может находиться?». Как правило, «открывают глаз» люди, понаслышке знакомые с индуизмом, далекие от понимания того, что символ мудрости никакого отношения к анатомии не имеет.

За нами десятки столетий, костры инквизиции и настолько специфический слой культуры и истории, специальных познаний, что уже одного этого достаточно, чтобы мы выжили. А ведь было самое главное — мы всегда нужны были людям! Мы — те, кто на протяжении тысячелетий пристально всматривались в души и глаза людей. Именно мы имеем сейчас наиболее ясное и отчетливое представление о том, что теперь называют информационными временными массами, биополем, наконец, душой — то, к чему мировая наука еще только подступает. Ибо суть колдовства — умение видеть связь того, что происходит до и после так называемого летального исхода, говоря языком медицины. Как это понять непосвященному?

Здесь нужна ясность, потому что те трактовки колдовства, которые существуют в настоя-

щее время, к колдунам никакого отношения не имеют. Ведь последние 70 лет фальсифицировалась не только история государства, язычество преподносилось в самой вульгарной форме, и даже церковь вполне сознательно шла на это. Можно прочесть, например, что когда умирает колдун, нужно крышу ломать, чтобы его душа могла покинуть сей мир. Но мы готовы всегда к диалогу и сотрудничеству и с медиками, и со священниками, и с деятелями культуры и искусства. Свои познания мы используем для народа, людей, нуждающихся в нашей помощи, профессионально. И один из основных каналов передачи умения и знаний — наследственный.

В частности, мои бабушка, прабабушка, и прапрабабушка были колдуньями. Бабушка моя великой была колдуньей, и хотя 20 лет, как нет ее уже среди нас, память о ней до сих пор жива в Воронежской и соседних областях. Но я колдун не по «блату» — мое профессиональное лицо и «место» целиком определяются личными способностями, самодисциплиной, работой над собой и результатами.

— Кто они, пациенты колдунов — «мнимые» или же безнадежные больные, которым не в силах помочь медицина официальная!

— Мы не подменяем медицину научную, к нам идут тогда, когда официальная медицина оказывается беспомощной. А она часто не справляется ни с нейродермитами, ни с псориазом, ни с массой других заболеваний (речь идет не о хирургических больных — мы за них не беремся). Вы же никогда не увидите нас исчерпавшими терапевтические средства, ведь это и уникальное знание целебных трав и мно-

гих других вещей. Тогда и выясняется, что у нас более широкий арсенал воздействия.

Часто спрашивают, чем мы отличаемся от психотерапевтов. А я всегда отвечаю, что это психотерапевты. Нужно спрашивать, чем они отличаются от колдунов. Мы — бывшие служители языческих культов, явились родоначальниками практически всех направлений современной медицины. А методы, которыми пользуется психотерапия, включая гипноз и суггестии вербальные и невербальные, разрабатывались еще древними жрецами.

Ведь кто такой настоящий колдун? Это человек, владеющий и языком колдуна и языком медика. Когда приходит ко мне нуждающийся в помощи и говорит: «У меня «порча», — я никогда не пытаюсь объяснить ему, что у него, к примеру, циркуляторный психоз. Я обсуждаю с ним, как эта «порча» могла произойти, кем и когда вызвана. Но я добиваюсь того, чего добивается от пациента медик, а отличие от которого я способен разговаривать на языке пациента. И это дает потрясающий результат. Кстати говоря, той женщине, которую вы видели в телевизионной передаче, понадобилось всего несколько сеансов, чтобы приступы, длившиеся по 5—7 часов каждые сутки, сократились до нескольких минут. Я научил ее купировать эти приступы, а те врачи, которые безуспешно занимались ею до меня, языком колдуна, конечно же, не владели.

— Но Вы ведь у нее «бесов» изгоняли!

— Ничего «бесовского», разумеется, не было. Заболевание обычное, но не поддававшееся излечению теми методами, которыми увлечена современная психиатрия. Больной не хочет поддаваться: не верит в таблетки. В такой ситуации лекарства не дают результата. Поэтому появление такого пациента у колдуна закономерно.

Такие явления, как «сглаз» или «порча», имеют место, но гораздо в меньшем числе случаев, чем обычно думают. Добрая половина тех, кто страдает теми или иными заболе-

Полина РОЖНОВА

ВЕРБА

На день Евдокии — 14 марта (здесь и далее даты даны по старому стилю. — Прим. ред.) должна была всякая баба схлестать с себя немочи едучие. Те самые, что душеньку неволят. Будто бы выгрызают немочи едучие в бабьей душе себе пристанища. А пристанища те — норами да лазами кровавыми. Согнется в неделю, бывает, баба в три погибелки. Не присест, не прилечь, и такое чувство, будто кто зовет к про rubи. «Поди-ко, ты, милая, погляди на себя. Покрасуйся на утеху». И после — пот прошибает бабье тело. И на ладонях, и на лице проступают то ледяные капли, то горячие.

Так вот, боли те едучие, поты мытарные надобно вербными ветками схлестать.

Вспомните древнее заговорное слово: «Верба хлест, бей до слез! Верба бела — бить велела!»

Издавна знали наши предки, что именно верба по весне целебна. Сорви ветки, что будто жемчугом усыпаны, да в дом принеси. И отступит недобрый дух от стен.

Вербой разгоняли крови, что в теле застоялась, сгоняли с кожи сухостой и старушечьи дряблости. Капельки сока, попадая с размятой коры на кожу, врачевали ее.

Но хлестать вербой начинали себя с пятачок — к пупку, после, с ладони правой руки — к сердцу, потом, с ладони левой руки — к сердцу, а там уже обихаживали спину. Не вгонять себя в землю, а как бы поднимать над землей.

СИЛА ЖЕЛАНИЯ

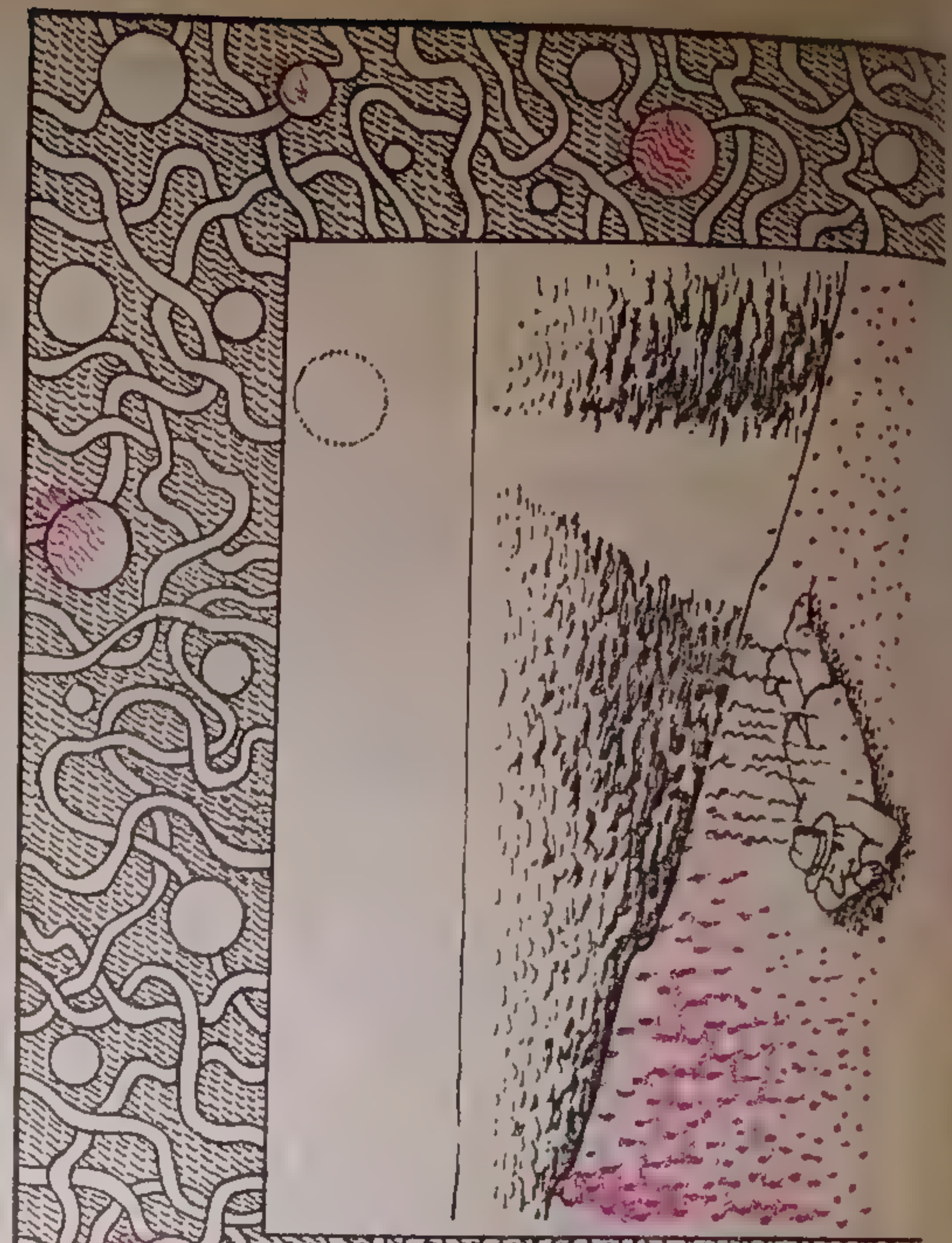
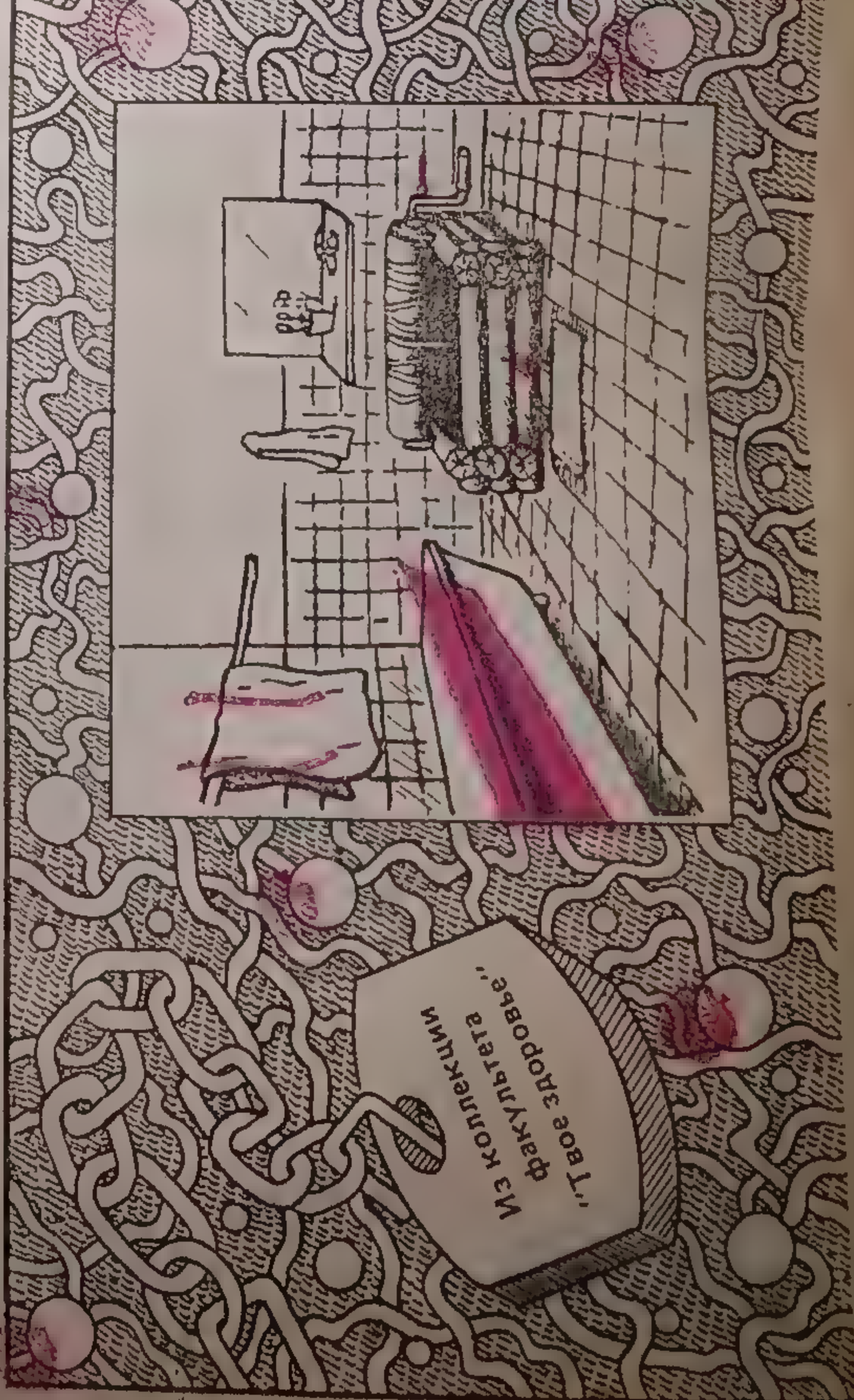
По народному поверью, на 14 марта, та баба, что не могла забеременеть, должна

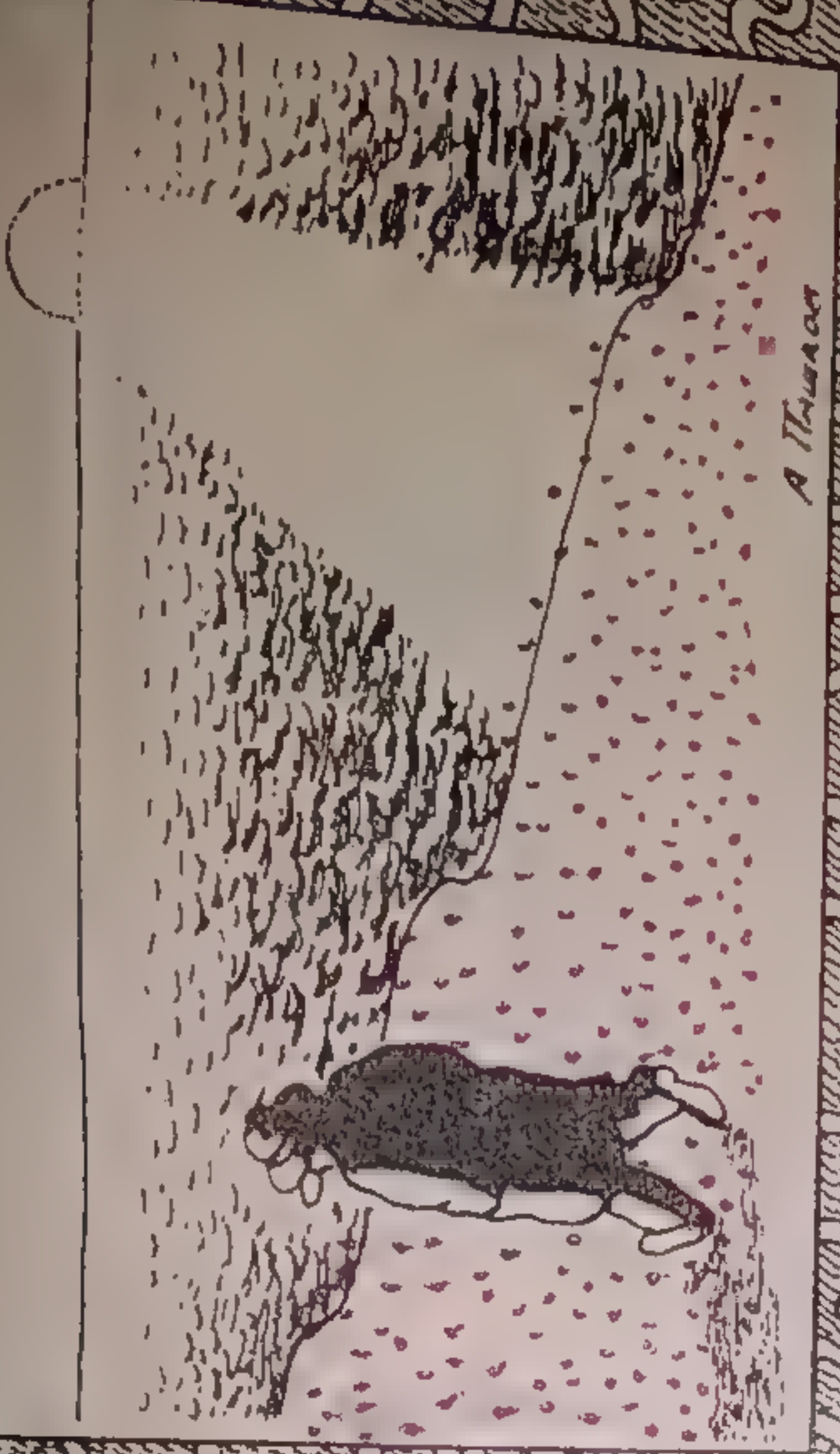
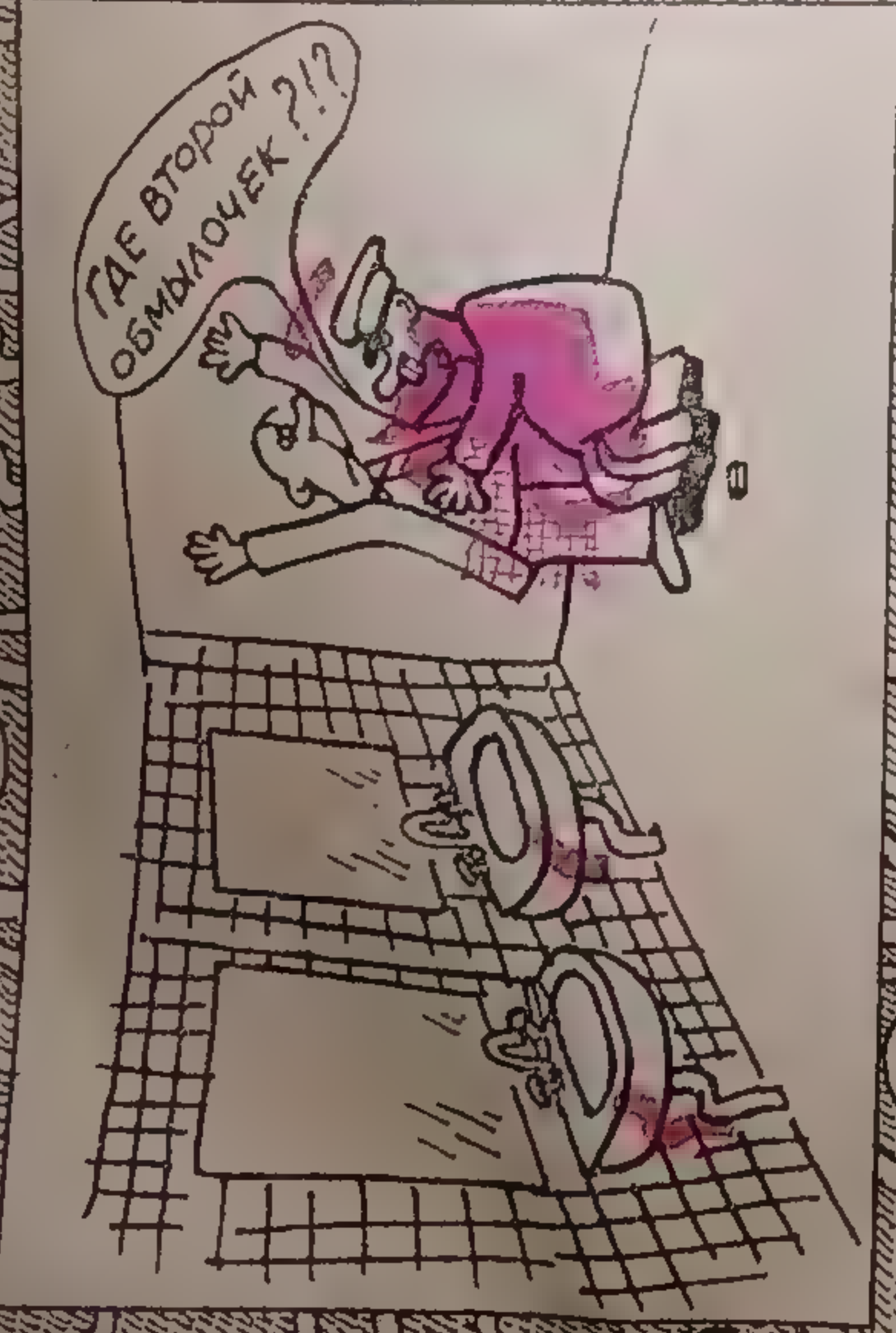
была себя показать Яриле — языческому богу плодородия. Ярила мог быть лютым и опалять землю, мог даровать тепло телу и поднимать старуху-зиму на вилы. Старые заслоны снега распахивал Ярила.

В полдень шла баба на Красную горку, на то место за деревней, что славилось красотой, доброй силой. Несла с собой она склянку с крапивовой настойкой, уголья, что шаяли в бересте, три лучины от березы да венки из трав и цветов, ссохшийся, пленный еще на исходе лета. Почитаемый, что солнце. Место которому всю-то зиму было в красном углу.

Вся сила заклатья была в желании понести дитя, в желании любви.

Вот баба на Красную горку восходила. Венки из трав и цветов надевала она на «голову» угорья, на самую вершину. Посеред втыкала три лучины, чарочку с крапивовой настойкой промеж лучин опускала. И уго-





ля ссыпала возле лучин и сухих стеблей...
Нутро бабы истылось, истосковало, измаялось в ожидании плода. И отдавала баба жалобу о себе земле-матушке. Взывала, вскрикивала, падала на земельку, снегом укрытую. Починала с себя одежду снимать, причитая-заговаривая:

Шла я из дома своею,
не в устал, не в убыль,
Шла, что прикрывшь волчьей,
что зрячь воронья,
хосой зрячиной гонимая,
Душенька-то моя, ой!
Вот сымаю я платье бабье,
стелю супротив тебя, небесный,
на живые угоды сходящий.
О Ярой!
О милости молю!
Не одиночь мое нутро,
чтоб росло, цело
и от меня... (называла она свое имя).

И каталась она по Красному угорью. И плющила снег. Загорались лучины, заго-

рался венки из трав и цветов. Вскипала в склянке настойка крапивовая. Выпивала бабонька ту настойку. На тело, снегом раскаленное, надевала одежду. Когда же в дом возвращалась, то была желанна своему мужу.

Шел от нее внешний дух, что опьяняет. И чрево было готово понести желанное семя.

ЛЕСЕНКИ

12 апреля пекли в деревне обрядовое печенье — «лесенки». Укладывали из теста два катыша супротив друг друга. И клали попереки порожки. Выкатывали порожки тоже из теста. Кто в семье был, и старому, и малому матушка выпекала свою «лесенку». Чтобы всяк рос в своем здоровье. А порожков-то было двенадцать — по числу месяцев! Обгорел порожек в чьей-то «лесенке», матушка непременно посчитает, который это месяц грозит бедой. И уже сме-

кала, как уберечь от беды.

ВСТАТЬ С ПРАВОЙ НОГИ

Неприменно было в обычном порядке встать поутру с правой ноги. Издревле велось, пробудившись ото сна, подтянув правую ногу к животу, дать знак своему кнечнику: «Работай!»

Конечно, когда человек болезненно и скоро освобождается от остатков пищи, то этим он сообщает своему организму легкость. Верно замечали, что, страдая запорами, страдаем мы и головными болями и раздражительностью.

Неспроста в обиходе нашем сохранилась поговорка: «Ты, верно, нынче не с той ноги встал!» И конечно, старым людям надо обязательно знать, что, подтянув по утрам правую ногу к животу, а после уже опустив и встав на нее, человек помогает себе сохранить и доброе расположение духа, и телесное здоровье.

ваниями, считают, что их «сглазили». Мы так не считаем, зная по опыту, что в 99 случаях из 100 причины вполне медицинские. Но проблема здесь есть. Десятки миллионов людей, обладая той или иной степенью внушаемости, верят в «порчу» и «сглазы». Поймал человек злой взгляд — и все, дальше пошло в автоматическом режиме: пропал аппетит, потеря в весе, началась цепная реакция — самовнушение «меня сглазили» провоцирует заболевание. Но врачам они не верят, говорить с ними об этом должен колдун, понимающий и медицинский аспект проблемы.

Так вот сбрасывать это со счетов нельзя. Часто медики говорят: «Гиппократ — великий врач древности». Да. Но ведь он владел и языком колдуна, и языком астролога и медика. Поэтому он и остался в истории великим врачом всех времен.

— Каково Ваше отношение к феномену Кашпировского — массовой телевизионной психотерапии?

— Опыт работы с большими коллективами первыми приобретали колдуны и шаманы, и Кашпировский неоднократно подчеркивал это. Мы и теперь не отвергаем такой формы работы, но стараемся подходить индивидуально: вопрос в наличии обратной связи. Отсутствие ее в телевизионной психотерапии Кашпировского и явилось камнем преткновения. Ведь перед экраном телевизора может оказаться такой психически больной человек, у которого могут начаться неуправляемые реакции, а при отсутствии обратной связи как их купировать?

Вопрос этот упирается в общую психотерапевтическую культуру населения. Если бы родственники больного эпилепсией, например, обладали элементарными знаниями и культурой, у Кашпировского не было бы массы тех проблем, с которыми он сталкивался в сеансах. Есть минимум психотерапевтических знаний, которым должен овладеть любой человек, и их надо пропагандировать в журналах. Не везти же впавшего в транс на телесеан-

се в Хабаровске к Кашпировскому в Москву, в то время как с этим должен справляться не только рядовой психотерапевт, но и любой культурный, подготовленный человек.

Вопрос телевизионной психотерапии — очень сложный, и я считаю, что в этом направлении стоит работать, но надо искать приемлемые формы, повышать уровень психотерапевтической культуры населения.

— На Вашем выступлении во Дворце культуры АЗЛК в Москве Вы работали с ассистентом. Это был экстрасенс?

— Это можно сравнить с работой мастера и подмастерья: ассистент снимает головную боль, готовит пациента к моим лечебным воздействиям (я демонстрировал одно из направлений моей деятельности — мануальную терапию). Кстати, выражение «боль как рукой сняло» появилось в народе благодаря колдунам. Но на сегодняшний день экстрасенсорика для медицины и общественного мнения один из самых запутанных вопросов, хотя это реально существующая вещь. Моя ассистентка «грунтует холст» с помощью целого комплекса воздействий, включающего в себя и экстрасенсорное, и суггестивное.

Комплексное воздействие — это и когда мы применяем наши мастики (дерматологическое направление), апробированные на протяжении столетий. Ведь это не только воздействие на кожу, а образно

говоря, «подкормка» нервной системы. Конечно, большая часть наших лекарственных средств имеет очень сложную технологию. Мы не делаем из нее секрета, но это предмет обсуждения со специалистами, возможный объект клинических испытаний. В то же время имеются у нас и технологически простые рецепты, которые можно будет пропагандировать на страницах такого издания как «Твое здоровье».

— О чем бы Вам еще хотелось рассказать нашей многомиллионной аудитории в будущем?

— Очень важно поговорить о суевериях. Расставить все точки над «и». Что же все-таки такое «порча», «сглаз», когда нужно идти к «дедкам» и «бабкам», а когда немедленно обращаться к врачу.

Хотелось бы поговорить и об истории нашего дела, снять все наносное, фальсифицированное — то, что никогда к нему никакого отношения не имело. Объяснить, что такое магия, черная и белая. Кстати говоря, на последнем конгрессе (в Испании), на котором как всегда советских представителей не было, введены еще два цвета: красная и зеленая магии. Интересно было бы обсудить и значение языческих обрядов, имеющих отношение к медицине. Мы далеки от отрицания зарубежного опыта оздоровления, но у нас есть свои вековые традиции, связанные с нашей жизнью, на нашей земле.

ПРОГНОЗ НА МАЙ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 18, 20, 21, 24, 26, 27, 28

Дни благоприятные 9, 11, 14, 16, 19, 22, 25, 30

Дни повышенной конфликтности 2, 4, 12, 13, 17, 23, 29, 31

Влияние на вашу волевою сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой жизни 1, 3, 6, 10, 11, 14, 19, 24, 25, 28

Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 4, 7, 8, 12, 15, 16, 18, 23, 26, 31

Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 2, 5, 9, 13, 17, 20, 21, 22, 27, 29, 30

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления 1, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30

Дни меньшей продуктивности мышления 2, 3, 5, 9, 16, 17, 19, 26, 29, 31

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 1, 3, 6, 11, 18, 20, 21, 22, 27, 28

Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 2, 4, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 29, 30, 31

Дни повышенного травматизма и аварий 2, 7, 8, 9, 13, 15, 17, 23, 28, 29, 31

Ин-ли-цюань — на подошвенной поверхности стопы в промежутке между II и III плюсневидными костями проксимальнее их головок.
 Би-гуань — на уровне промежности у паружного края портняж-ной мышцы, искать при забрасывании ноги на ногу (см. VIII).
 Фу-ту — на середине расстояния между верхним краем надколен-ника и уровнем промежности на средней линии бедра.
 Цзи-мэнь — в нижнем углу Скарпова треугольника между внут-ренним краем медиальной широкой мышцы и передним краем длин-ной приводящей мышцы бедра.
 Хэ-дин — над серединой верхнего края надколенника при со-гнутой в коленном суставе ноге.
 Ду-би — на уровне нижнего края надколенника латеральнее его связки в углублении при согнутой в коленном суставе под углом 90° к ноге.

Ян-ли-цюань — в месте прикрепления сухожилий длинного раз-гибателя пальцев ноги и длинной малоберцовой мышцы спереди и кзади от головки малоберцовой кости.

Цинь-ли-цюань — за задним краем большеберцовой кости на уровне ян-ли-цюань.

Цзу-сань-ли — латеральнее на один поперечный указательный палец массируемого от нижнего конца гребешка большеберцовой кости.

Цзе-си — между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев на уровне голеностопного сустава.

Цю-суй — между передне-нижним краем паружной лодыжки и латеральным краем длинного разгибателя пальцев ноги.

Чжун-фэн — в углублении между передне-нижним краем меди-альной лодыжки и медиальным краем сухожилия передней больше-берцовой мышцы.

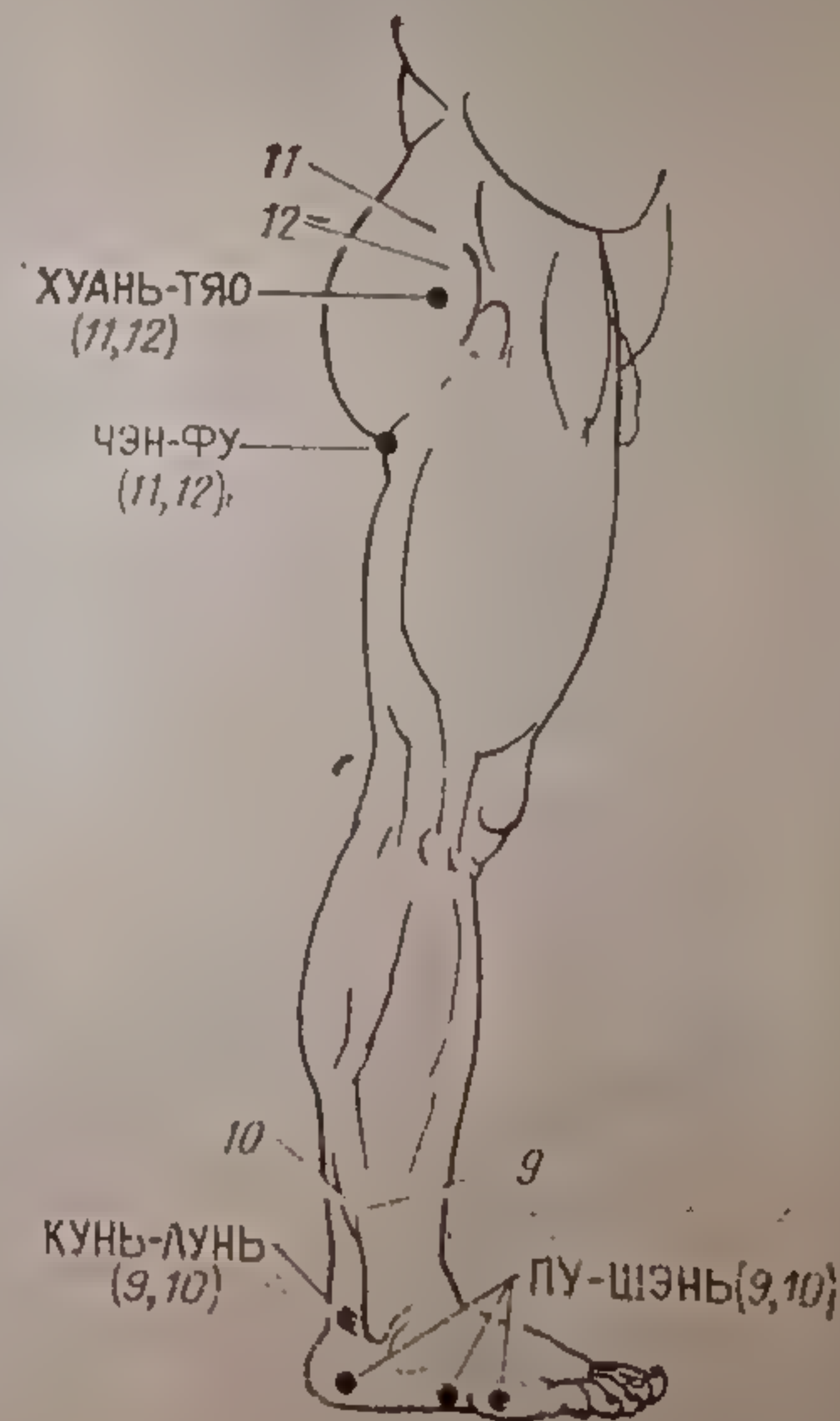
Пей-тин — во втором межпальцевом промежутке на уровне пе-рехода тела основных фаланг в основание.

Кунь-лунь — между задним краем латеральной лодыжки и ахил-ловым сухожилием на уровне верхушки лодыжки.

Пу-шэнь — на наружной границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей пяточной кости под кунь-лунь. К точке относится так-же вся пограничная линия стопы до пятого пальца.



VIII



О ТОЧКАХ И ЗОНАХ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Аурикулотерапия — воздействие на активные точки ушной ра-ковины — является одним из методов восточной рефлексотерапии. Лечение путем укалывания в точки ушной раковины («эр-чжень-ляо-фа») применялось с древних времен. В Европе распространение аурикулотерапии в наше время связано с именем французского вра-ча Поля Ножье (1956). У нас в стране внедрили этот метод В. Г. Вог-ралик (1961), Р. А. Дуриля (1982) и И. И. Богданов (1985).

На поверхности ушной раковины расположено 110 точек (по меж-дународной классификации, составляющих 18 зон). Кроме того, определено дополнительно еще 60 точек, частично на передней (18) и в основном (42) на задней поверхности ушной раковины.

В норме кожа ушной раковины безболезненна и точки ничем не проявляются: у здорового человека они как бы латентны. Но при острых заболеваниях точки становятся болезненными при надавли-вании, а при хронических болезнях кожа над соответствующими точками изменяется (чаще всего в последовательности: гиперемия, появление бугорков, пятен или шелушения, образование узелков, язвочек и рубцов). Точки при заболеваниях имеют более низкое со-противление постоянному току и более высокий электрический по-тенциал. При выздоровлении патофизиологические свойства точки ис-чезают, и они опять становятся латентными.

Таким образом, точки на ушной раковине можно использовать не только для лечения, но и для диагностики заболеваний. Поэтому тех-нику аурикулярной рефлексотерапии можно разделить на аурикуло-диагностику — выявления точек ушной раковины, отражающих тот или другой патологический процесс, и на аурикулотерапию — воз-действие на точки ушной раковины с целью устранения патологиче-ских изменений в организме.

В первом случае, кроме апангеа, клинического исследования и визуального обследования, поиск точек с измененной чувстви-тельностью производится специальным зондом или электроприбором.

Основные точки воздействия на пе-редней и наружной поверхности но-ги и их влияние на мышцы: 1 — че-тырехглавая бедра, 2 — портняжная, 3 — длинная приводящая, 4 — ма-лоберцовые, 5 — длинный разгиба-тель пальцев, 6 — икроножная, 7 — передняя большеберцовая, 8 — длинный разгибатель первого паль-ца, 9 — длинная малоберцовая, 10 — короткая малоберцовая, 11 — боль-шая ягодичная, 12 — средняя яго-дичная

Для лечебного эффекта применяются короткие иглы или заостренные наконечники.

В практике применения массажа в плане оздоровления целесообразно говорить не о точках, а об их зонной проекции. Дело в том, что трудно, а часто невозможно массировать пальцем одну точку, так как площадь ее на ушной раковине не превышает 1—2 мм², а большое их количество говорит о густом представительстве на малой поверхности.

На рисунке (IX) кружочками указаны различные зоны. Зона 2 на мочке уха — это иннервация шейного сплетения (C₂ — C₃). Зоны 2 до 11 принадлежат соматосенсорному представительству верхних и нижних конечностей. Зона 2 является проекцией области шеи до затылочного бугра, зона 3 — плеча, плечевого сустава, лопаточной области и пяти верхних ребер. Зона 4 принадлежит предплечью и локтевому суставу, которая переходит в кисть и пальцы рук (5 и 6). Функциональная дифференцированность зоны стопы менее выражена, чем кисти, поэтому стопа объединена с зонами пальцев и голеностопного сустава (7). Далее следует зона голени и коленного сустава (8), затем зона бедра, тазобедренного сустава, ягодично-лобковой области (9), пояснично-крестцовой и соответствующей области живота (10) и, наконец, верхняя поясничная и эпигастральная область (11).

Все соматосенсорные зоны имеют отношение не только к чувствительности кожи, но и к глубокой — мышечной, суставной, периостальной чувствительности. Однако все эти зоны не имеют отношения к корешковым болям (радикулиты), и поэтому при остеохондрозе позвоночного столба следует воздействовать не только на них, но и обязательно на соответствующие спинальные сегменты.

На рисунке (X) указаны аурикулярные проекции спинальных и стволовых структур центральной нервной системы: 1 — шейного, 2 — грудного, 3 — брюшного солнечного, 4 — брюшного нижнего, 5 — тазового симпатического узла. Сегменты и корешки спинного мозга располагаются в области противозавитка: С — шейные, Th — грудные, L — поясничные и S — крестцовые позвонки позвоночного столба.

Дополнительно на рисунке (X) изображена зона таламуса и точка шень-мэнь. В зоне таламуса (Thl) представлена система воздействия на общую чувствительность, поэтому для лечения болевых синдромов необходимо использовать эту зону. Кроме того, воздействие на зону таламуса целесообразно осуществлять при лечении бессонницы. Необходимо научиться массировать указанную зону помимо специальных корпоральных точек (см. следующий раздел).

Популярная антистрессовая точка шень-мэнь, расположенная в углу треугольной ямки, широко используется в практике для устранения избыточного возбуждения психоэмоциональной сферы человека одновременно с массажем края мочки уха, где расположены зоны лимбической системы, фронтальных долей, моторной и соматовисцеральной коры.

ТЕХНИКА МАССАЖА УШНОЙ РАКОВИНЫ.

Массаж выполняется, как правило, двумя первыми пальцами. Причем большой палец массирует переднюю, а указательный — заднюю поверхность ушной раковины точно напротив первого.

Применяются два приема: попеременное круговое растирание подушечками I и II пальцев и периодическое надавливание на зоны тоже подушечками I и II пальцев.

Положение массируемого должно улучшать кровоснабжение головного мозга, поэтому используется при взаимном массаже два варианта: первый — лежа на спине с небольшим в диаметре валиком под шею, второй — лежа на животе с опорой лба головы на тыл скрещенных пальцев. Самомассаж выполняется в положении стоя или сидя.

Массаж (см. XI) целесообразно начинать с области мочки и завитка, продвигаясь в направлении вершины ушной раковины (от 2-й до 6-й зоны) и ножки завитка, повторяя прием 2—3 раза. Затем 2—3 раза массируется противозавиток (от 11-й до 7-й зоны) сначала по верхней, потом по нижней ее ножке.

Далее указательным пальцем (или ногтем) 2—3 раза выполняется поглаживание или надавливание по краю границы противозавитка и раковины в направлении от противокозелка до внутренней стороны завитка, где расположена точка «вегетативной первой системы» (от цифры 1 до 5). После массажа ушной раковины рекомендуется 2—3 раза выполнить поглаживания кожи перед козелком сверху вниз. При показаниях массируется зона таламуса, край мочки уха и точка шень-мэнь.

Длительность массажа определяется предусмотренными ощущениями в виде гиперемии и чувства тепла ушной раковины, в сред-

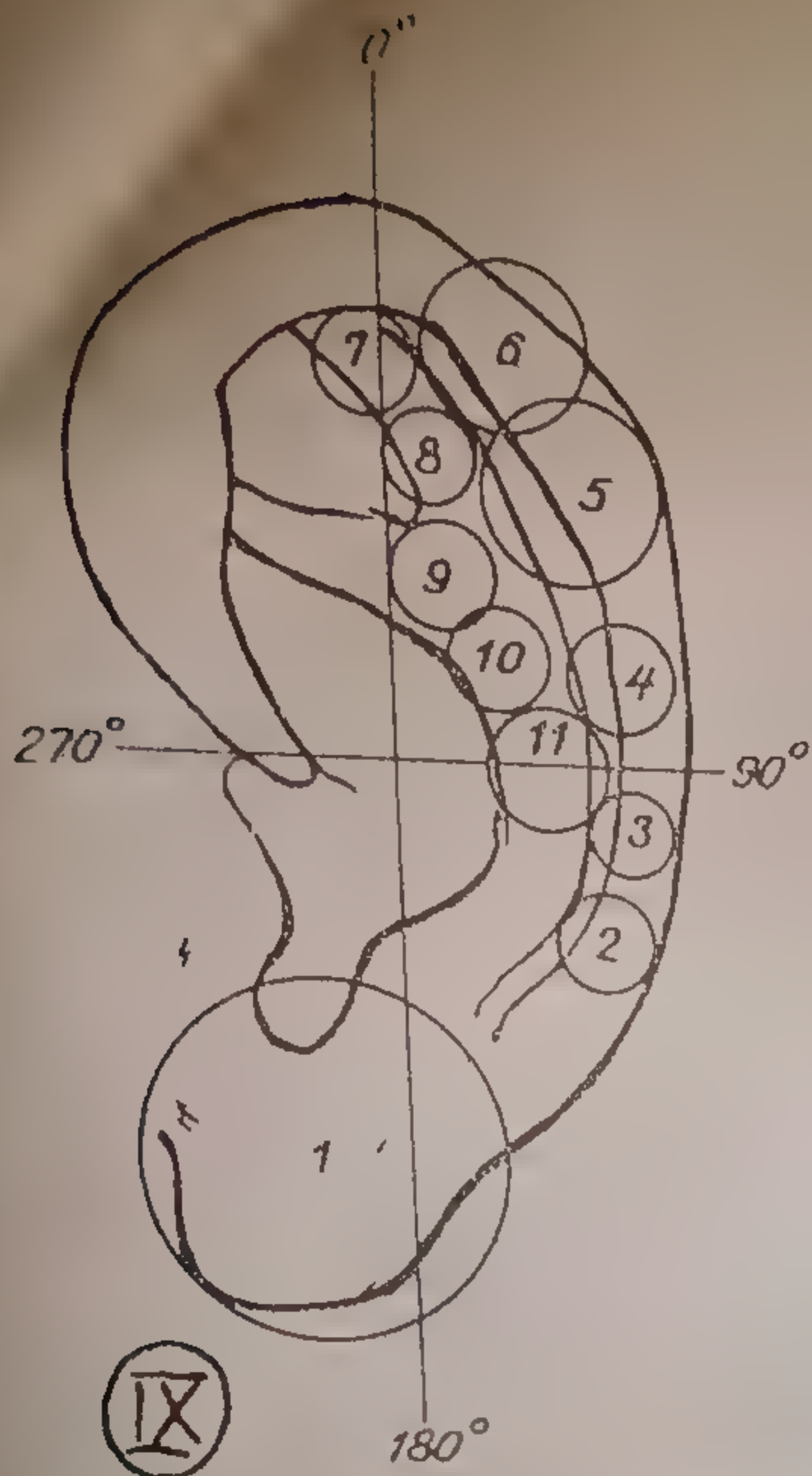


Схема зон проекций соматической чувствительности отдельных областей тела.

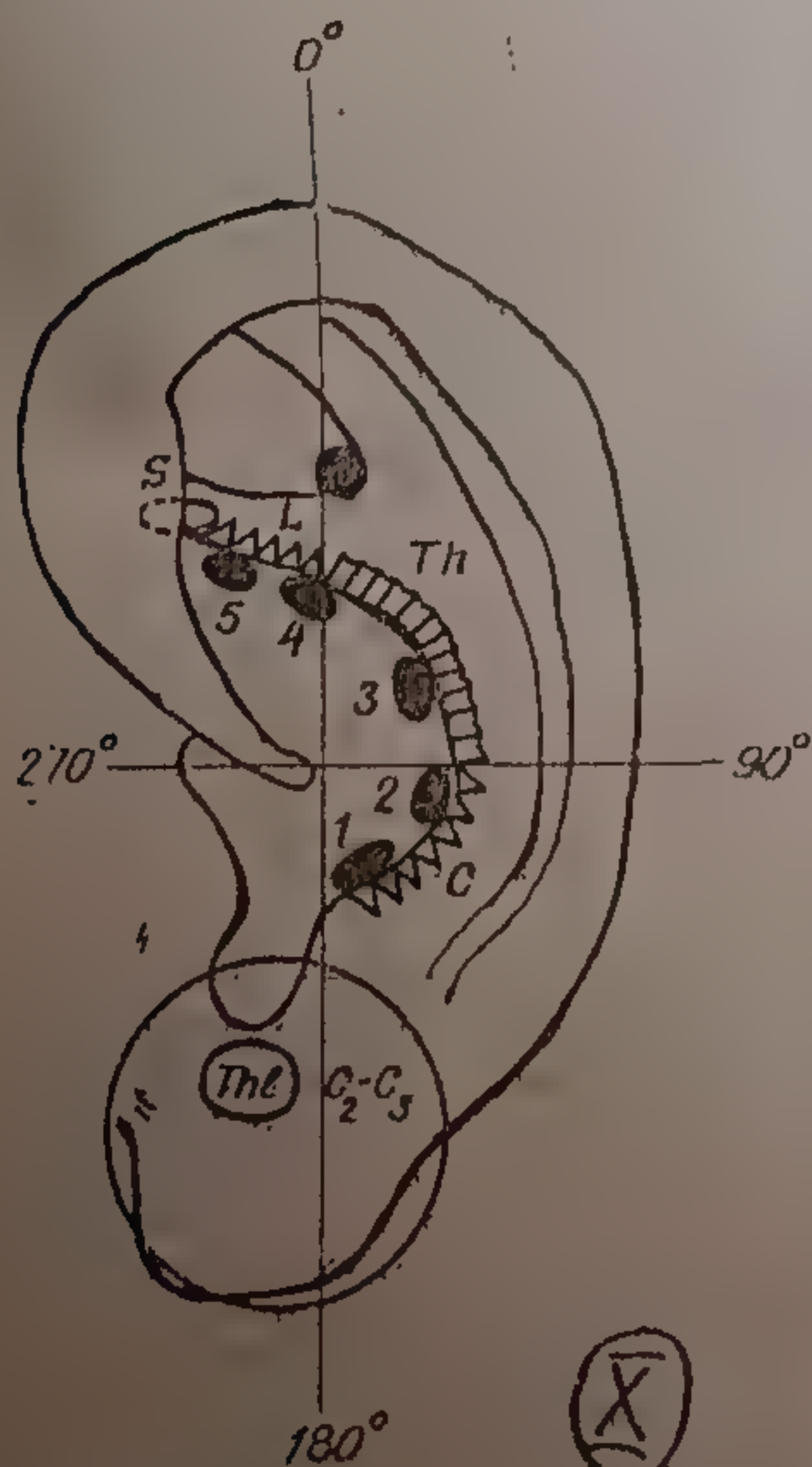


Схема проекций отдельных структур ЦНС.

рем равна 3—6 мин. После массажа рекомендуется отдых (минимум 10 мин), во время которого у массируемого может наступить кратковременный сон (от секунд до нескольких минут).

В лечебной практике воздействие на зоны ушной раковины применяется в сочетании с точечным и линейным массажем, в оздоровительной практике — после классического восстановительного сеанса массажа или после массажа воротниковой области.

ЛЕЧЕБНЫЙ МАССАЖ ТОЧЕК И ЗОН УШНОЙ РАКОВИНЫ

ПРИ БОЛЯХ И СУДОРОГАХ В ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЕ

Цель массажа: 1) ликвидировать мышечный спазм и болевые ощущения; 2) уменьшить мышечное напряжение; 3) улучшить функциональное состояние центральной нервной системы; 4) нормализовать эмоциональный фон организма. При болях и судорогах в икроножной мышце эффективны все три вида массажа.

Точечный массаж

Производится средним или сильным тормозным вариантом. Вначале выполняется прием вращения в течение 1—2 мин или 3—4 циклов в каждой точке. Цикл состоит: из 15—20 с постепенно возрастающего углубления в ткани (ввинчивание) путем вращения по разворачивающейся спирали и против часовой стрелки, 2—3 с задержки массирующего пальца на глубине давления и 3—5 с возвращения в исходное положение. После вращения используется прием давления в сочетании с вибрацией подушечкой II и III пальцем.

Давление должно быть сильным, проникающим в ткани в течение 10—15 с. На глубине надавливания выполняется вибрация с частотой до 200 колебаний в минуту в течение 5—6 с, после чего давление и вибрация прекращается, но палец не отрывается от поверхности кожи. Цикл повторяется 5—6 раз. Массаж желательно закончить потряхиванием подушечками пальцев области точки или мышцы.

Для лучшего восприятия материала анатомо-топографическая локализация точек, рекомендуемых при некоторых синдромах у человека для точечного, линейного и массажа ушной раковины, будет повторяться.

Рекомендуемые точки для массажа (см. XII, XIII).

Юнь-цюань — седативная точка канала почек, расположена в центре подошвенной поверхности между II и III плюсневыми костями проксимальнее их головок;

Чжао-хай — под внутренней лодыжкой на границе кожи тыльной и подошвенной поверхности стопы;

Да-чжун — ЛО-пункт к меридиану мочевого пузыря на внутренней поверхности пяточной кости впереди от места прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости;

Чжу-бинь — в месте перехода внутреннего брюшка икроножной мышцы в сухожилие;

Кунь-лунь — между задним краем паружной лодыжки и ахилловым сухожилием на уровне вершины лодыжки;

Чэ-шань — в месте схождения нижних краев брюшек икроножной мышцы;

Чэн-цзинь — в области середины брюшка икроножной мышцы в самом большом ее объеме;

Вэй-чжун — в центре подколенной ямки.

Линейный массаж

Выполняется приемами поглаживания с надавливанием и вибрацией в три этапа.

1-й этап — нейтральный метод на отрезке от точки юнь-цюань до точки чжао-хай, 4—5 раз.

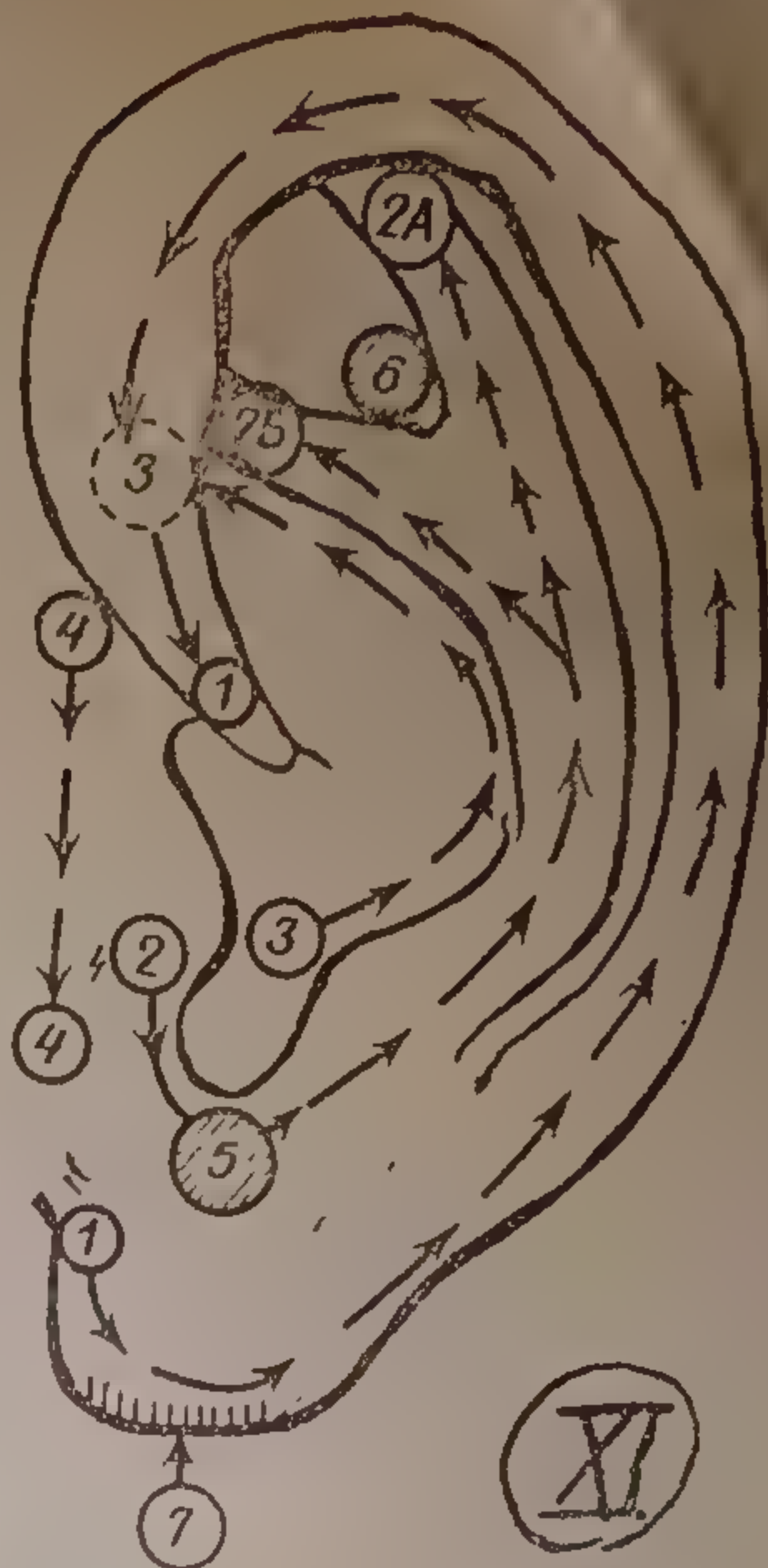
2-й этап — нейтральный метод на отрезке меридиана от точки да-чжун до чжу-бинь, 20 раз.

3-й этап — тормозной метод от точки кунь-лунь непрерывно до точки вэй-чжун. Рекомендуется около 20 прохождений.

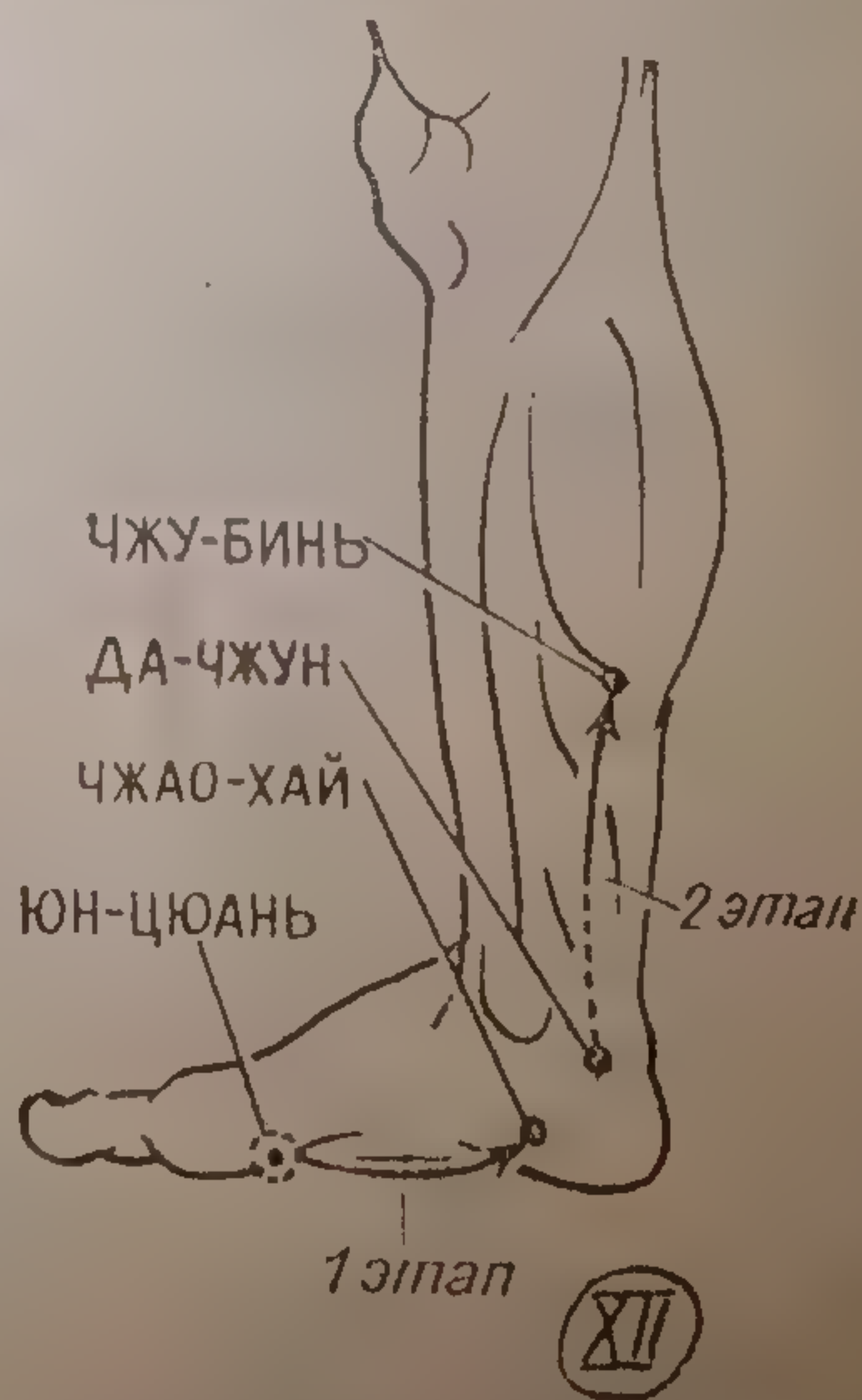
Массаж зон ушной раковины

Это специфический массаж определенных анатомических зон для релаксации мышц нижних конечностей. Массируются в порядке нумерации следующие зоны (см. XIV):

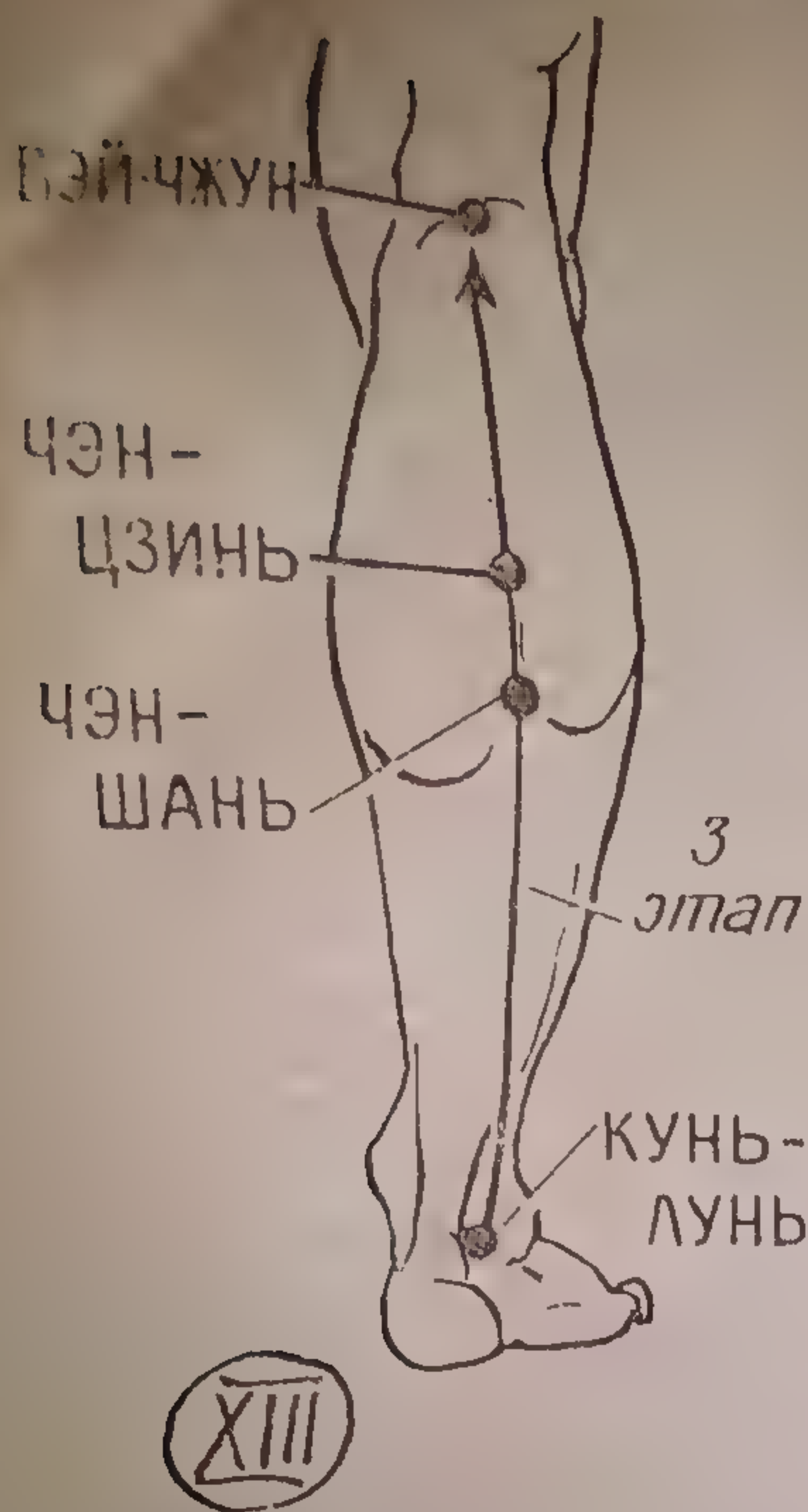
1 — противокозелок — зона «коры головного мозга», нормализует активность на корковом уровне. Массаж выполняется подушеч-



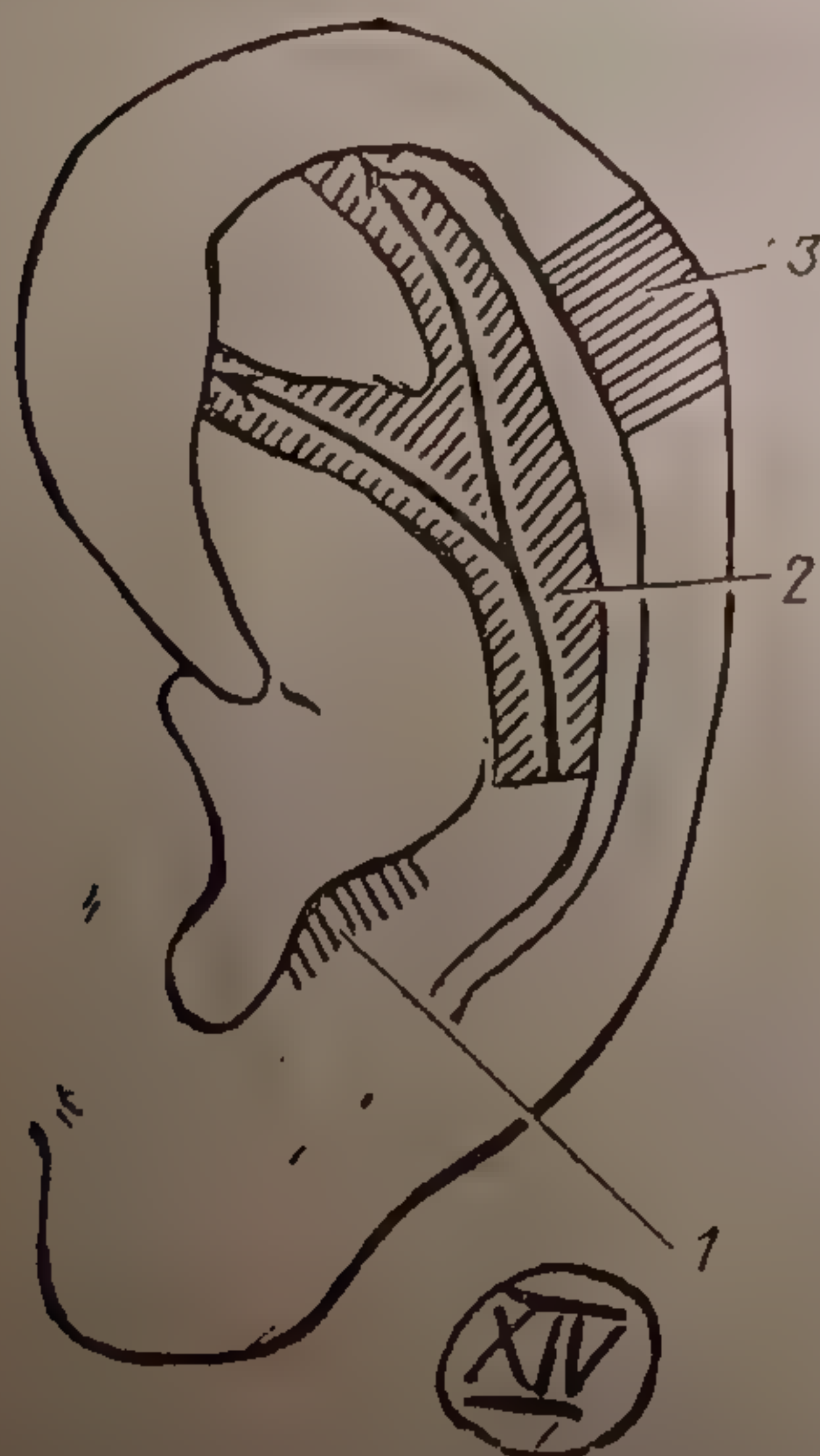
Последовательность массажа по областям ушной раковины согласно нумерации и направлений движений



Основные точки для массажа при болях и судорогах в икроножной мышце и последовательность линейного массажа при болях и судорогах в икроножной мышце



Основные точки для массажа при болях и судорогах в икроножной мышце и последовательность линейного массажа при болях и судорогах в икроножной мышце



Последовательность массажа по зонам ушной раковины при болях и судорогах в икроножной мышце

ками первых двух пальцев одновременно по наружной и внутренней поверхностям;

2 — противозавиток — представляет нижних конечностей, оказывает влияние на трофику мышечной системы. Первый тур кругового растирания или периодического надавливания II пальцем плет по верхней, второй — по нижней ножке противозавитка. В обоих случаях пальцы второй кисти обеспечивают опору для массажа с задней поверхности ушной раковины;

3 — область давиного бугорка — корреспондирует функции печени, нормализуется перераспределение крови. Центр зоны определяется в месте пересечения перпендикуляра с завитком, проведенного от биссектрисы угла треугольной ямки. Массируются I и II пальцами одновременно передняя и задняя поверхности.

ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель массажа: 1) снизить мышечный тонус утомленных групп мышц; 2) улучшить функциональное состояние нервно-мышечного аппарата; 3) нормализовать эмоциональный фон. Применяются точечный линейный массаж, а также массаж ушной раковины.

Точечный массаж

Проводится средним тормозным вариантом в течение 2 мин в каждой точке.

Рекомендуемые точки для массажа (см. XV, XVI).

Ле-цзюе — находится на лучевой поверхности предплечья проксимальнее шиловидного отростка лучевой кости между сухожилиями короткого разгибателя и длинной отводящей мышцами большого пальца, является стабилизирующей точкой (ЛО-пункт) от канала легких к толстой кишке;

Чи-цзюе — в локтевом сгибе снаружи от сухожилия двуглавой мышцы плеча, тормозная (седативная) точка канала легких;

Би-пао («мышца руки») — в месте прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости, точка широкого спектра действия;

Пей-гуань — стабилизирующий ЛО-пункт канала перикарда, расположена на три поперечных пальца (II—IV) проксимальнее лучезапястной складки между сухожилиями ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти;

Тянь-цюань («небесный источник») — между головками двуглавой мышцы плеча, на три поперечных пальца (II—IV) ниже уровня вершины подмышечной складки;

Тянь-ляо («небесная ямка») — расположена в надкостной ямке на середине вертикали от самой возвышенной части надплечья до ости лопатки, точка меридиана трех частей туловища;

Би-фэн — у верхнего края середины лопаточной кости;

Цзянь-чжень — вершина подмышечной складки сзади при опущенной руке;

Цзянь-юй («конец плеча») — между головкой плечевой кости и акромальным отростком лопатки;

Цзянь-цзинь («колодец плеча») — на самой возвышенной части надплечья, на линии между ключицей и остью лопатки.

Линейный массаж

Рекомендуется проводить тормозным методом в 4 этапа (см. XV, XVI).

1-й этап — 5—6 раз только от точки ле-цзюе до чи-цзюе, затем 5—6 раз движение продолжается до точки би-пао.

2-й этап — до 20 раз от точки пей-гуань к тянь-цюань.

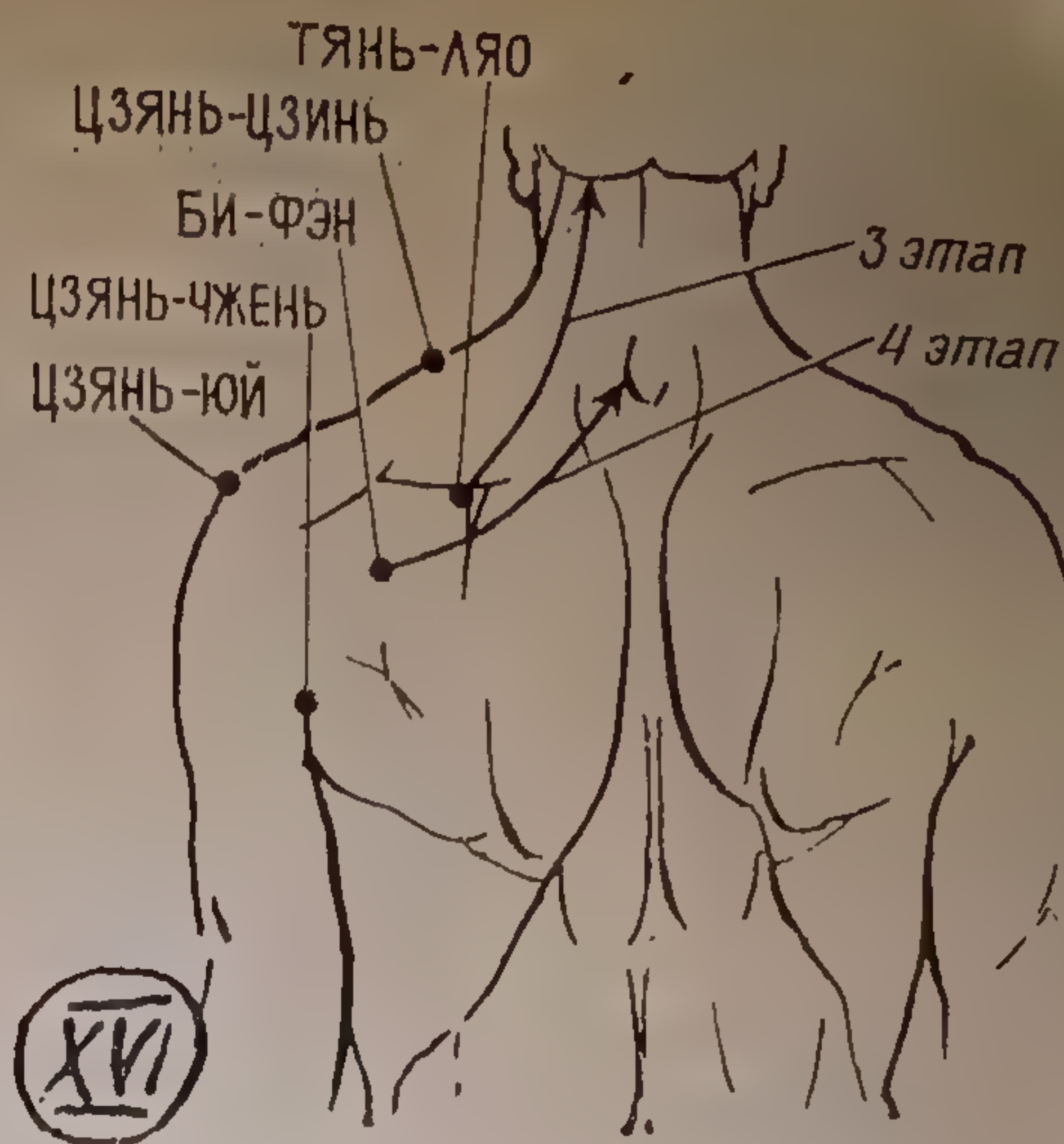
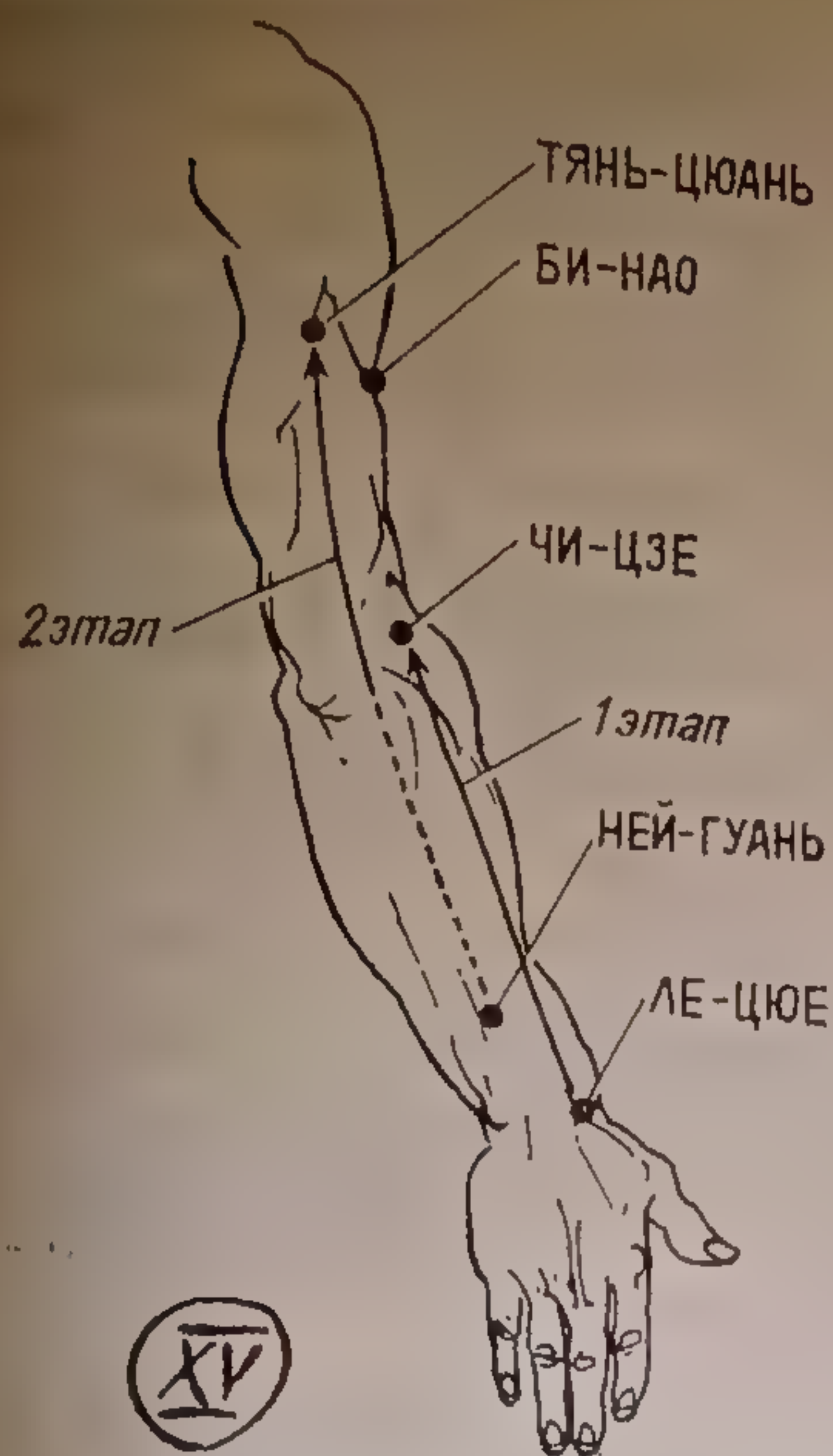
3-й этап — до 10 раз от тянь-ляо по прямой линии к затылку.

4-й этап — линейный массаж до 10 раз нейтральным методом по меридиану тонкой кишки в направлении от точки би-фэн к точке да-чжуй, являющейся точкой соединения всех каналов ян (между VII шейным и I грудным позвонками).

Массаж зон ушной раковины (см. XVII).

Проводится в трех зонах. В первой и третьей — как и при массаже с целью релаксации мышечной системы нижних конечностей. Второй тур выполняется по ладьевидной ямке в направлении снизу вверх ногтем одного из пальцев или любым наконечником диаметром 2—3 мм. Ладьевидная ямка принадлежит соматосенсорному представительству верхних конечностей, а массаж ее оказывает влияние на трофику мышечной системы.

Для восстановления работоспособности нервно-мышечного аппарата верхних конечностей эффективно сочетание сначала точечного, затем линейного массажа. Массаж ушной раковины рекомендуется выполнять после классического массажа воротниковой области и всей верхней конечности.



ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Остеохондроз — наиболее тяжелая форма дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника, в основе которого лежит дегенерация диска с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвоночных суставов и связочного аппарата. В каждом отделе позвоночного столба остеохондроз имеет типичную локализацию и особенности.

Клинические проявления остеохондроза в зависимости от локализации сводятся к статическим, неврологическим, вегетативным и висцеральным расстройствам, которые чаще всего сочетаются с соответствующей рентгенологической картиной, хотя постоянного параллелизма между ними нет (Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман, 1984).

Известно, что после 30 лет каждый пятый человек в мире страдает дискогенным радикулитом, являющимся одним из синдромов остеохондроза. Так, по данным Т. И. Морозовой (1974), в 1969 г. в нашей стране находилось под диспансерным наблюдением более 25 млн. больных радикулитом, по временной нетрудоспособности это заболевание по-прежнему занимает одно из первых мест.

Среди причин можно выделить две основные: травматизм и перенапряжение опорно-двигательного аппарата. Чаще всего поражаются шейный и поясничный отделы позвоночника. В ряде случаев в патологический процесс вовлекается весь позвоночный столб — распространенный остеохондроз.

Цель массажа: 1) добиться обезболивающего воздействия; 2) устранить гипертонус мышц; 3) улучшить функциональное состояние центральной нервной системы.

ОСТЕОХОНДРОЗ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Точечный массаж

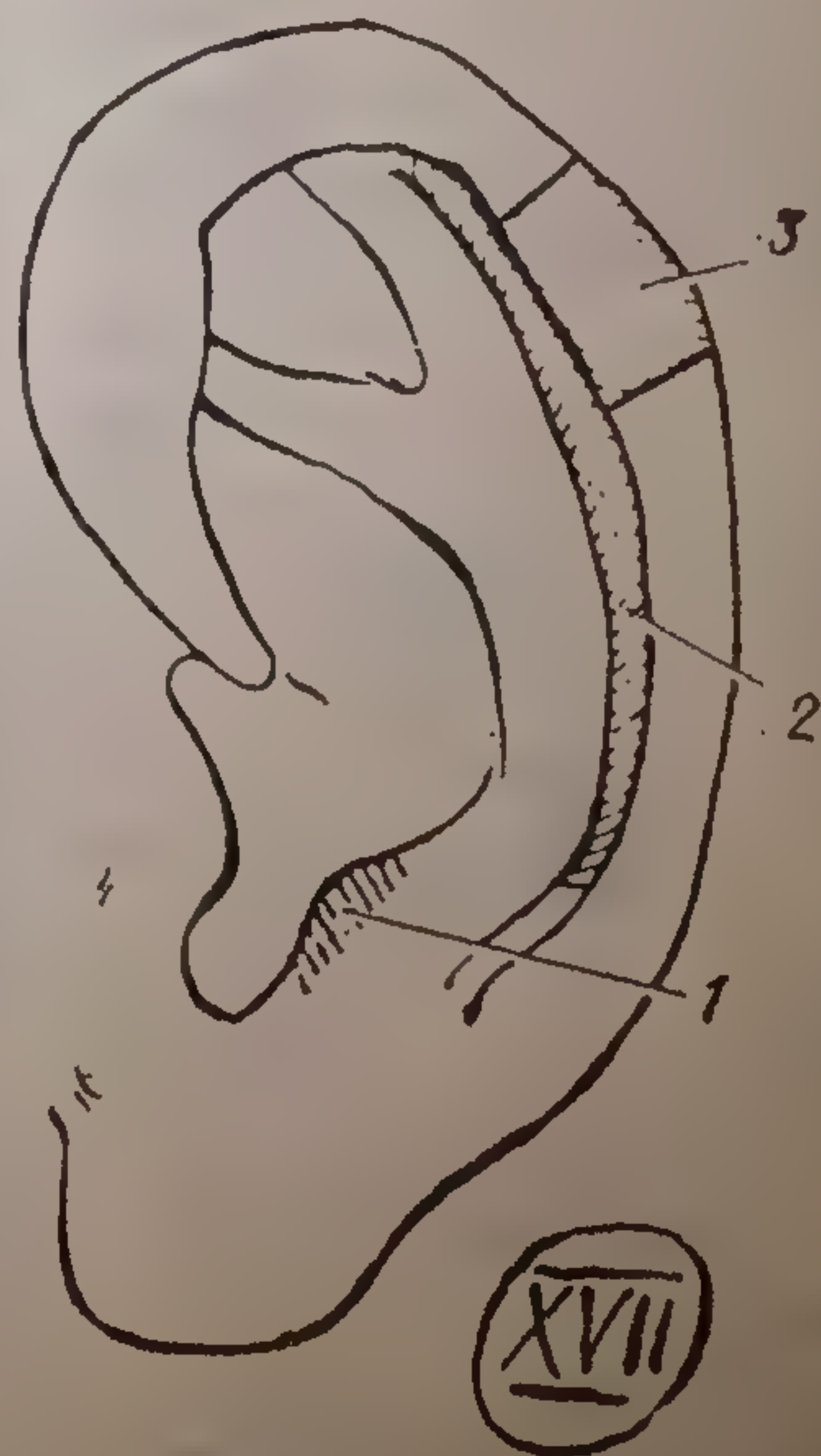
Проводится средним тормозным методом, по иногда используется и сильный тормозной вариант воздействия. Эффективно использовать следующие точки (см. XVIII).

Ци-май — на сосцевидном отростке на уровне паружного слухового прохода;

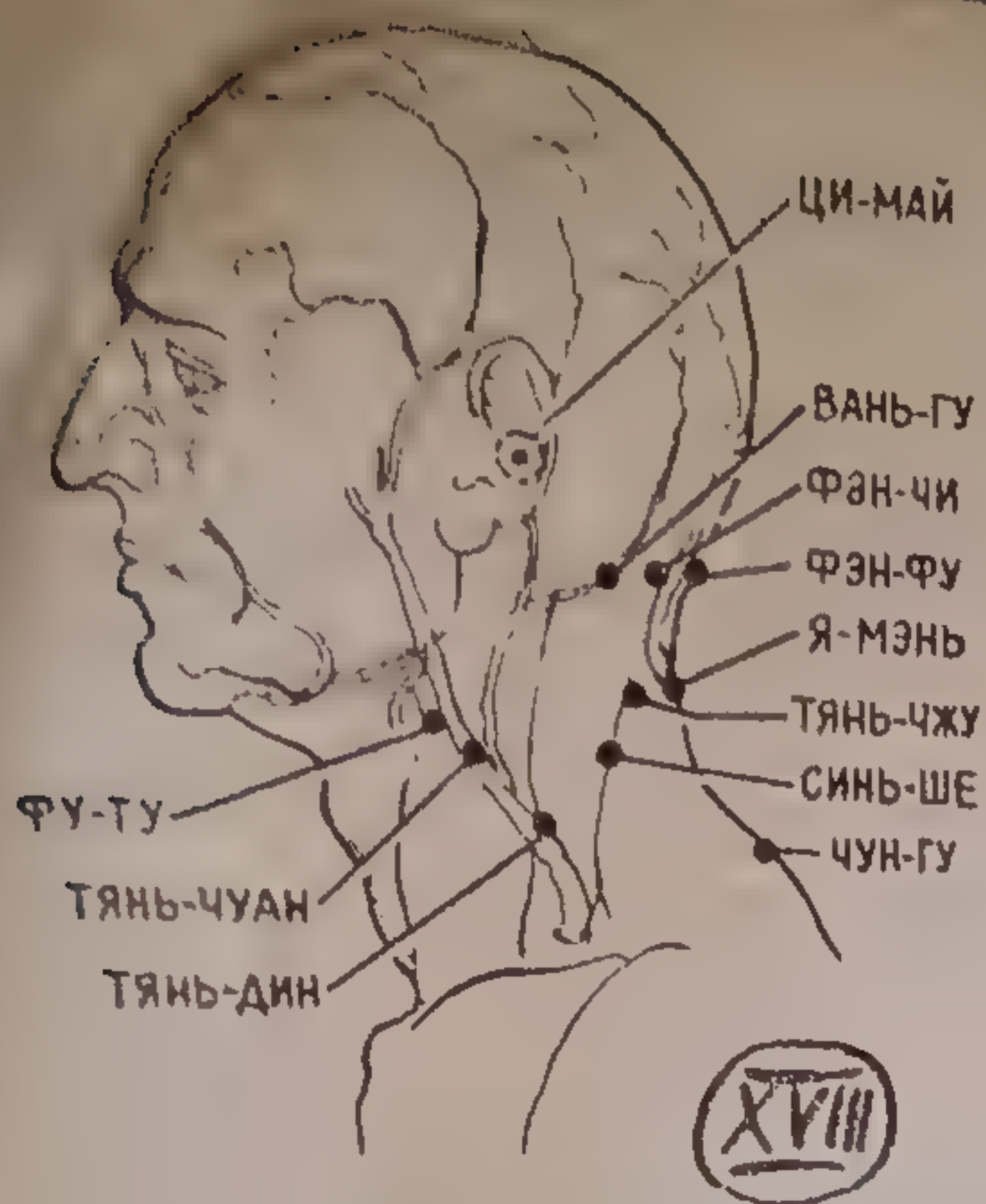
Тянь-чуан — у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на месте пересечения с линией, проведенной по верхнему краю шитовидного хряща параллельно ключице;

Тянь-дин — у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на месте пересечения с линией, проведенной по нижнему краю

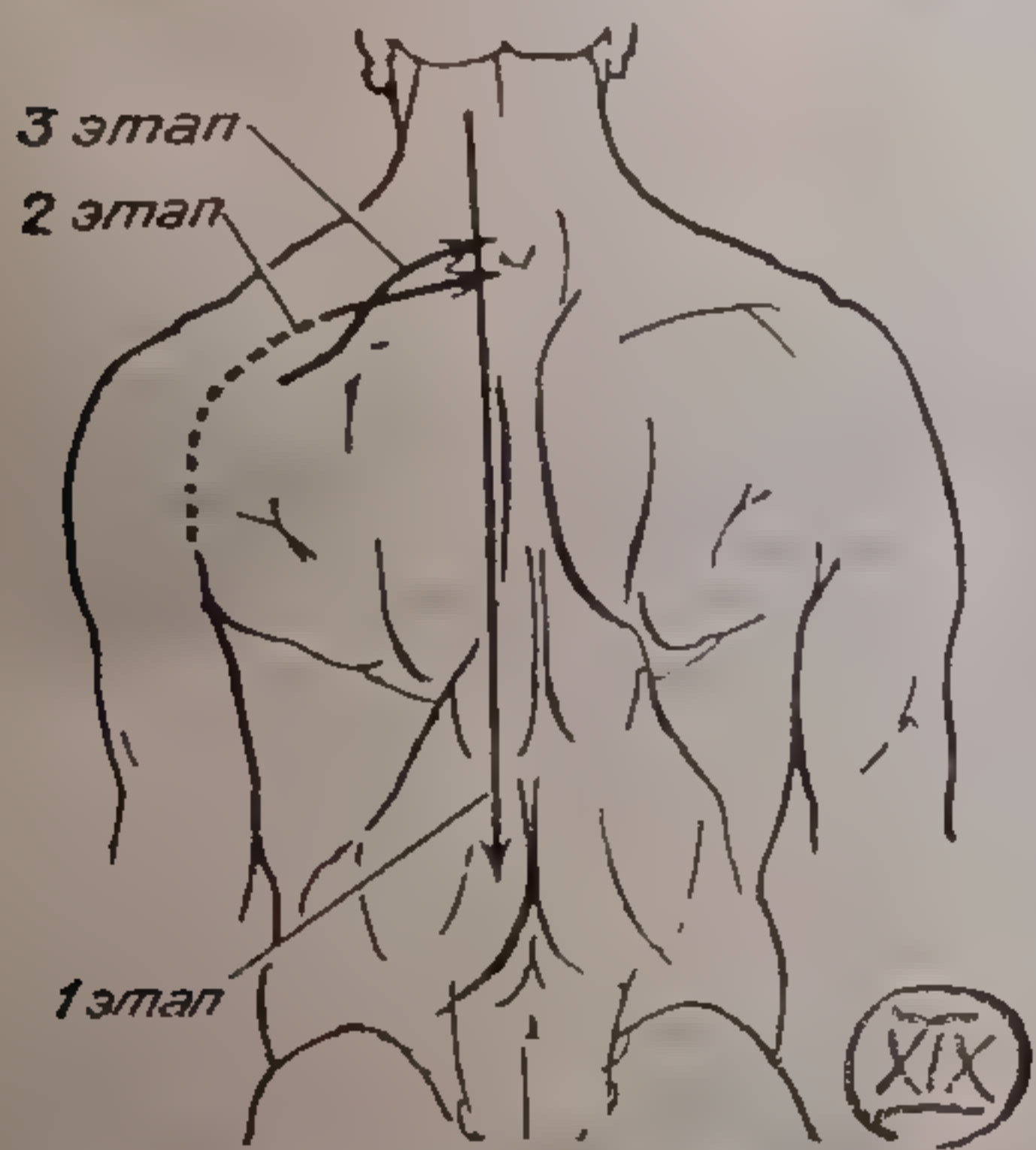
Основные точки для массажа, применяемые с целью восстановления работоспособности верхних конечностей и последовательность личейного массажа для восстановления работоспособности



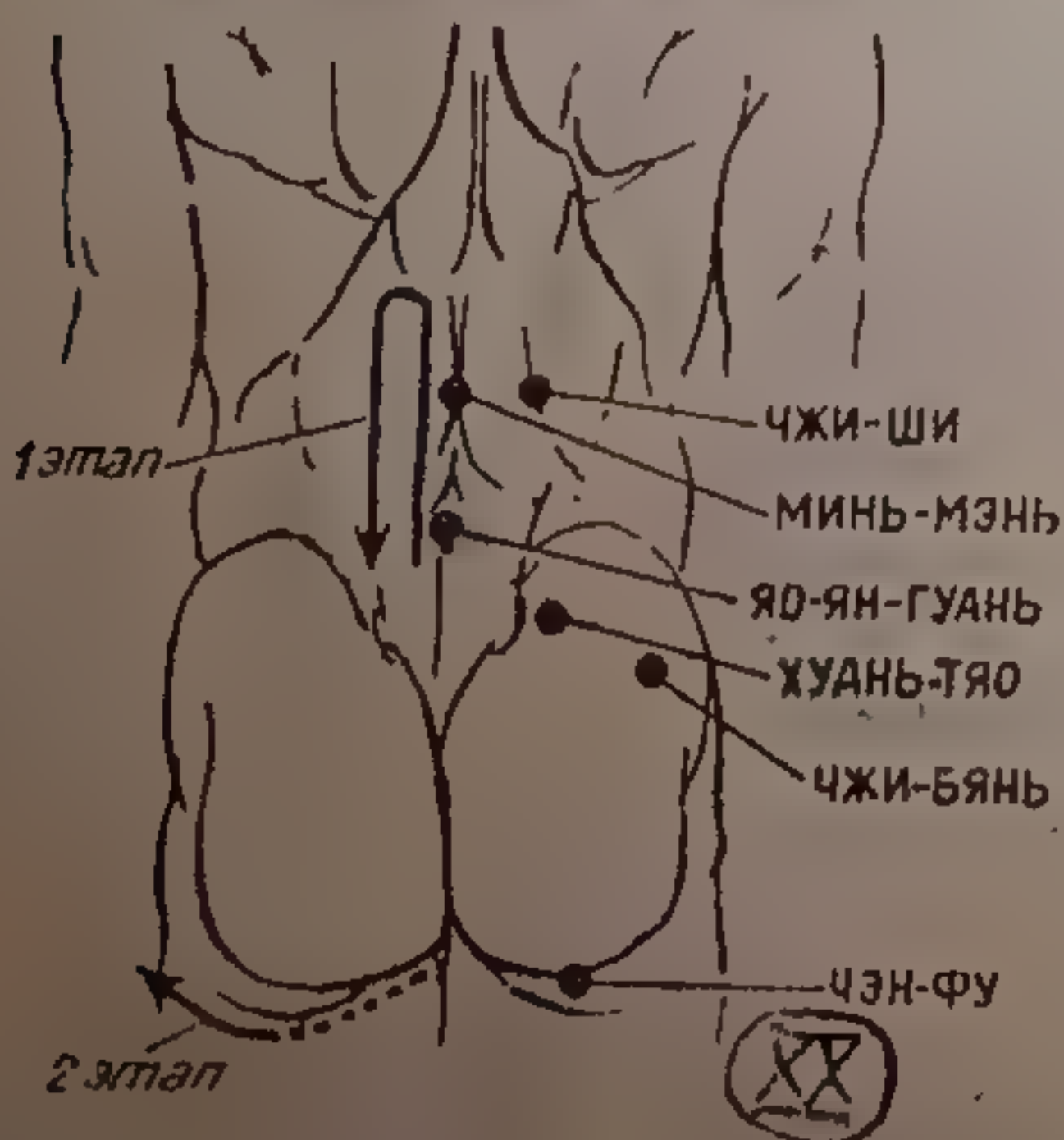
Последовательность массажа по зонам ушной раковины для восстановления работоспособности верхних конечностей



Основные точки для массажа при остеохондрозе шейного отдела позвоночника



Последовательность линейного массажа при остеохондрозе шейного отдела позвоночника.



Основные точки и последовательность линейного массажа при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника.

щитовидного хряща параллельно ключице при вертикальном положении головы;

Фу-ту — в центре брюшка грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща;

Я-мэнь — над остистым отростком II шейного позвонка по средней линии шеи;

Фэн-фу — в углублении под нижним краем наружного затылочного выступа;

Синь-ше — у наружного края трапецевидной мышцы на уровне середины расстояния между остистыми отростками III и IV шейных позвонков;

Чунь-гу — между остистыми отростками VI—VII шейных позвонков;

Тянь-чжу — на середине мышечного валика, образованного собственными глубокими мышцами шеи, покрытого трапецевидной мышцей, на уровне С₂;

Фэн-чи — в углублении, образованном сверху затылочной костью и латерально задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

Вань-гу — у задне-нижнего края сосцевидного отростка на уровне точки фэн-чи.

При шейном остеохондрозе часто наблюдается повышение мышечного тонуса и болезненность трапецевидных мышц, поэтому, воздействуя на точку цзянь-цзинь (самое высокое место надплечья), можно устранить эти патологические изменения.

Не следует во время одной процедуры массировать более 12 точек. Для усиления эффекта точечного массажа можно использовать сильные разогревающие мази типа финалгона. Кроме того, применяется прием давления зон с максимальной болезненностью.

Линейный массаж

Проводится в три этапа (см. XIX):

1-й этап — по линиям, соответствующим поперечным отросткам позвонков, от С₄ до Th₁₂ 10—12 раз в направлении сверху вниз

2-й этап — 10—12 раз от точки цзянь-чжэнь (вершина подмышечной складки сзади) к верхнему краю ости лопатки, затем к позвоночнику в точке да-чжу (между I и II грудными позвонками).

3-й этап — 10—12 раз от точки би-фэн (у верхнего края ости лопатки) в направлении к межостистым отросткам С₇ — Th₁ (точка да-чжуй).

ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Точечный массаж

Начинать следует с воздействия на паравертебральные области здоровой стороны, а затем на зоны с максимальной болезненностью, которые могут не совпадать с точками акупунктуры. Перед массажем целесообразно использовать прогревание любого вида всей пояснично-крестцовой области.

Рецептов в плане подбора точек чрезвычайно много, все зависит от характера заболевания. Но во всех случаях необходимо особое внимание уделить точечному массажу следующих точек (см. XX):

Минь-мэнь — между остистыми отростками L₂ — L₃;

Яо-ян-гуань — между остистыми отростками L₄ — L₅;

Чжи-бянь — на уровне входа в крестцовый канал;

Чжи-ши — вторая боковая линия спины на уровне L₂ — L₃;

Чэн-фу — на ягодичной складке между длинной головкой двуглавой мышцы бедра и полусухожильной мышцей;

Хуань-тяо — в области наружного верхнего квадранта большой ягодичной мышцы.

В последней точке, находящейся на глубине 8—12 см, воздействие должно быть достаточно мощным. Поэтому эту точку можно массировать локтем или палочками.

Точечный массаж при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника целесообразно сочетать с массажем соответствующих зон ушной раковины.

Линейный массаж

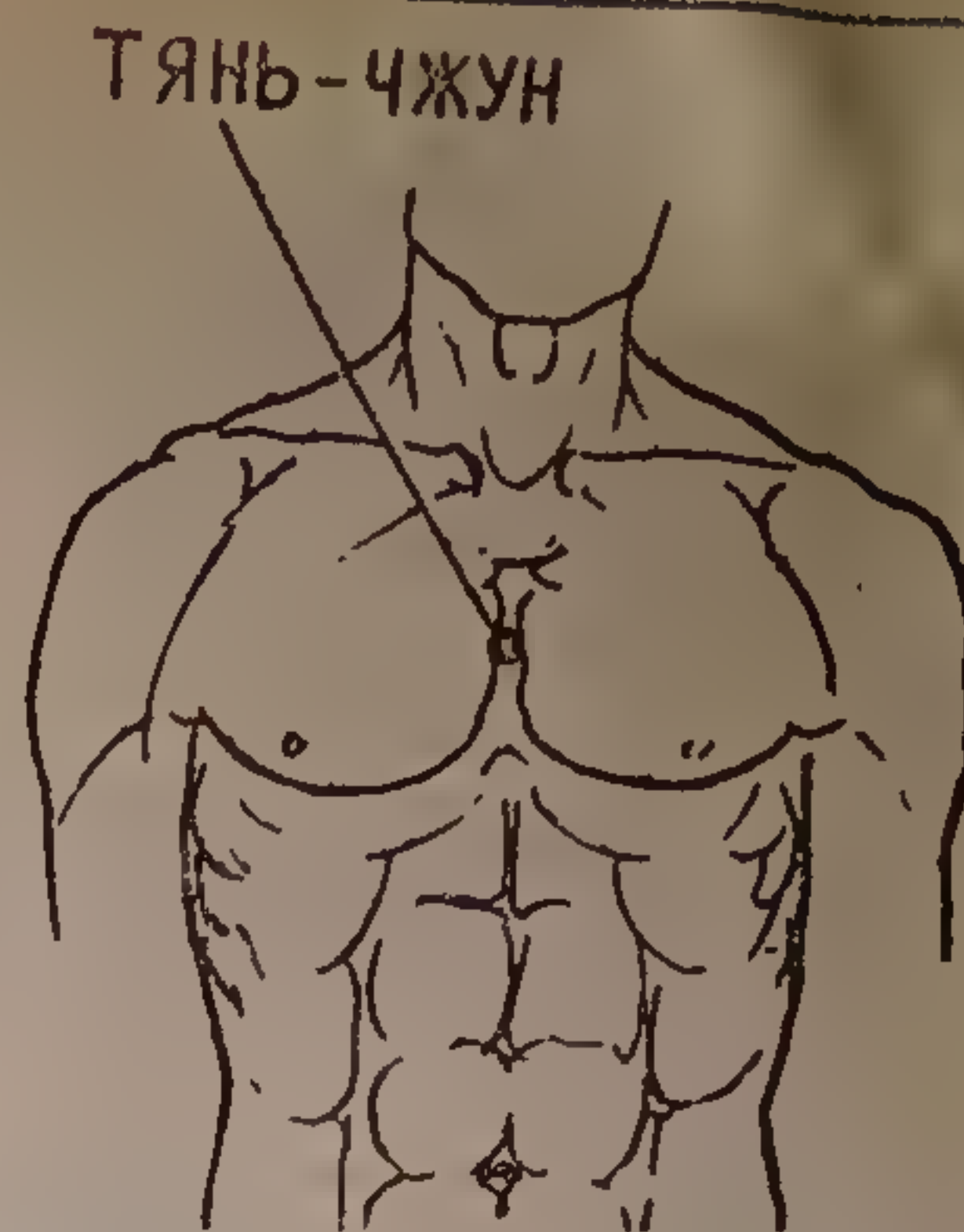
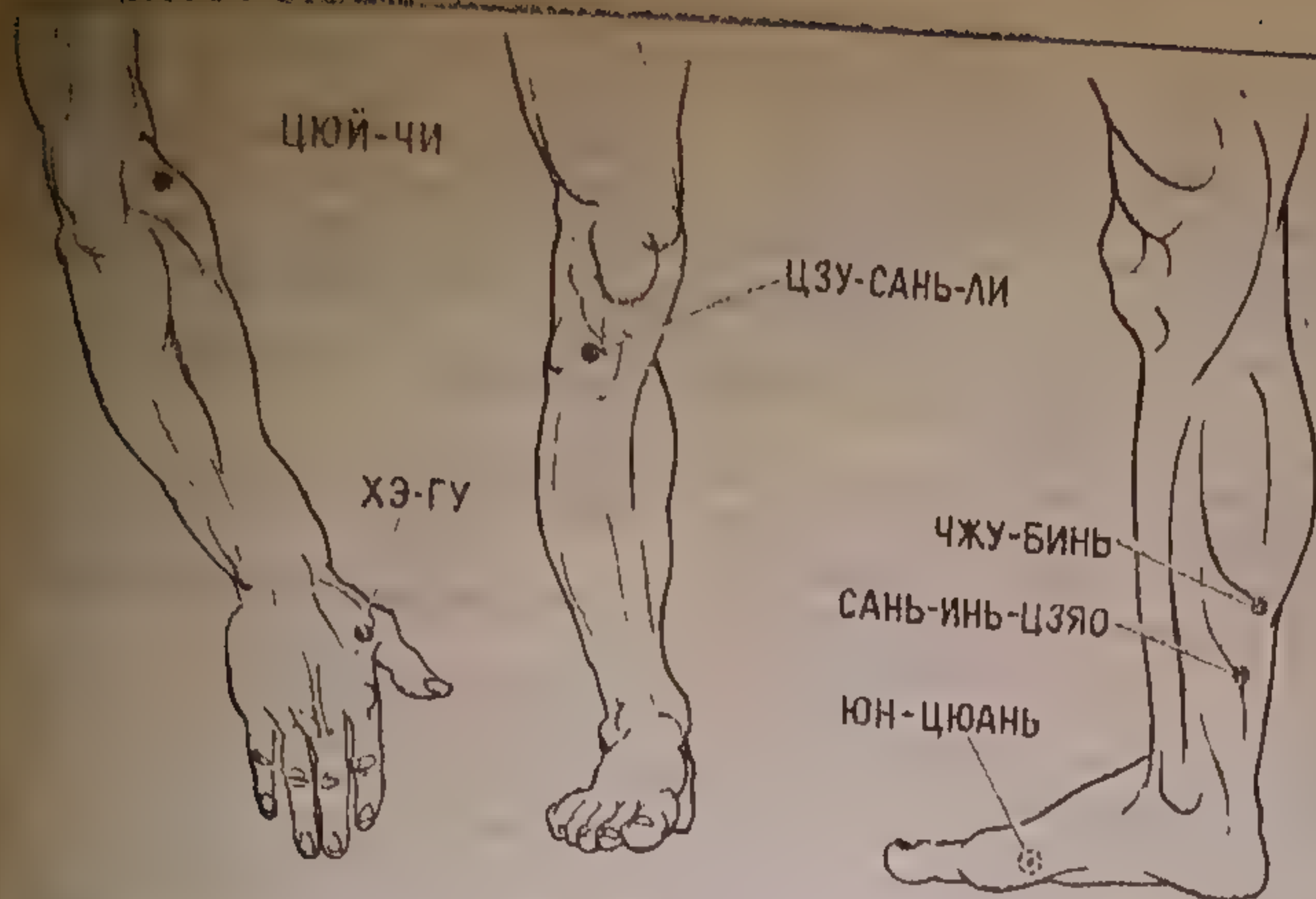
Проводится в два этапа (см. XX):

1-й этап — по ягодичной складке наружи в основном конечными фалангами больших пальцев — 10—12 раз.

2-й этап — снизу вверх по первой боковой линии спины от L₅ до Th₁₂, затем переход на вторую боковую линию спины и с меньшей интенсивностью воздействия сверху вниз до L₅ — до 20 раз.

Что важно учитывать

При любых вариантах проявления боли в позвоночнике борьбу с ней проще всего начать с точек ушной раковины. Все они распо-



ложены на противозавитке уха. На наружной стороне противозавитка находятся места проекции связок и мышц, на вершине выступающей части — проекции тел позвонков, а на середине его внутренней поверхности — проекции дисков. Точки, обезболивающие выходящие из позвоночника нервы, находятся также на внутренней поверхности противозавитка, но уже на границе перехода его в раковину.

Массаж начинается с диагноза, для чего необходимо взять чистый стержень от шариковой авторучки или спичку и найти на противозавитке наиболее болезненную точку. После этого надавить на нее 2—3 минуты, слегка покачивая стержень.

Для увеличения эффективности как корпоральные, так и аурикулярные точки после массажа можно аккуратно смазать финалгоном или бальзамом «Золотая звезда».

ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ СИЛЫ КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ

Применяется точечный массаж точек с широким спектром действия. Метод слабый, возбуждающий, длительность воздействия в каждой точке не более одной минуты.

Рекомендуемые точки (см. XXI).

Бай-хуэй («собрание ста болезней») — в области, соответствующей малому родничку у детей;

Тянь-чжу — на середине мышечного валика, образованного собственными глубокими мышцами шеи, покрытого трапецевидной мышцей, на уровне С₂;

Тянь-чжун — на грудице на уровне середины суставной вырезки 5-го ребра;

Цюй-чи — на вершине складки при максимальном сгибании руки в локтевом суставе;

Хэ-гу — в первом межпальцевом промежутке на возвышении первой межкостной мышцы при приведении I пальца кисти;

Цзу-сань-ли — снаружи на один поперечный палец (указательный) от гребешка большеберцовой кости;

Чжу-бинь — в месте перехода внутреннего брюшка икроножной мышцы в сухожилие;

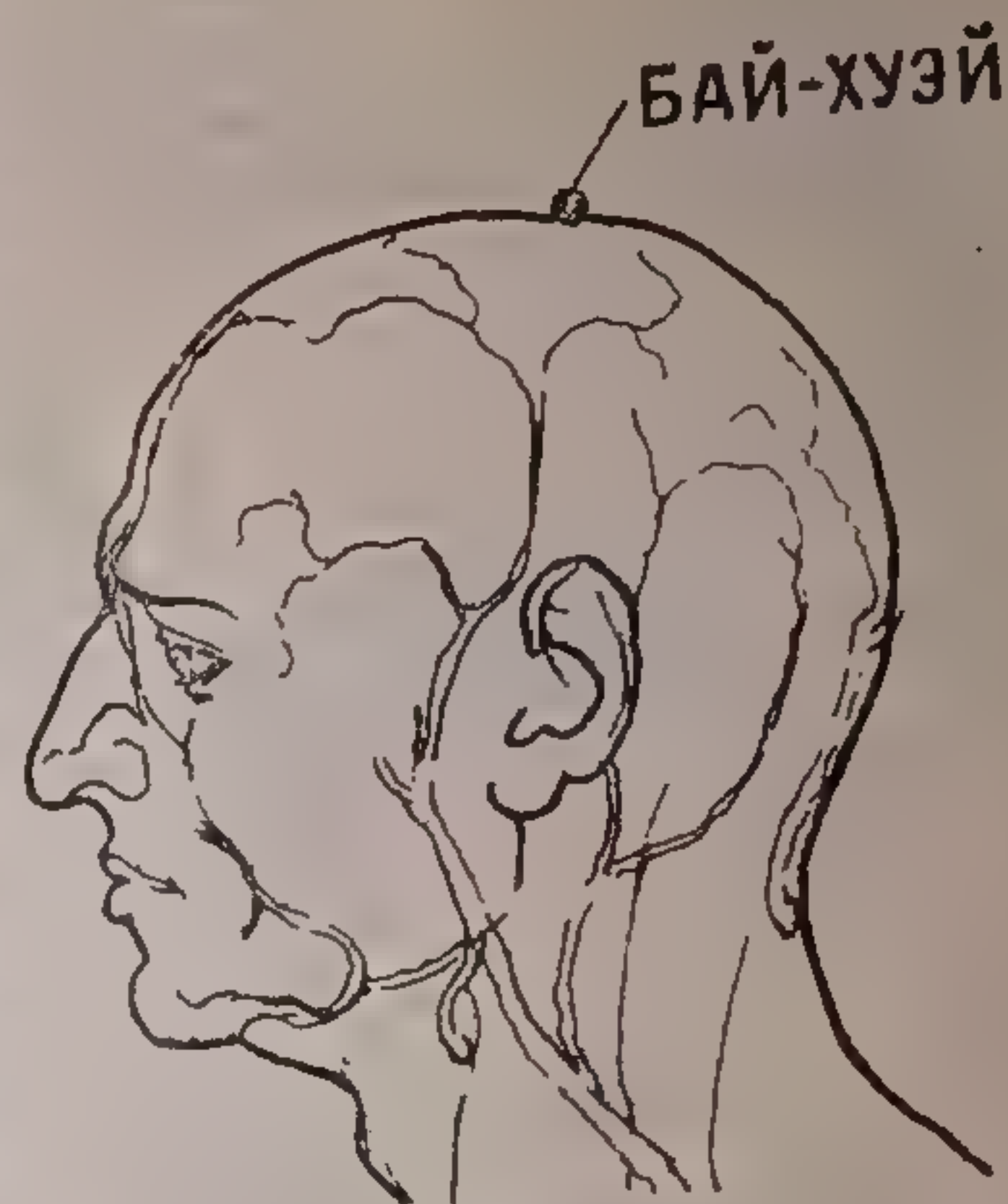
Сань-инь-цзяо («перекресток трех инь») — на четыре поперечных пальца (II—V) выше верхнего края внутренней лодыжки по заднему краю большеберцовой кости;

Юн-цзянь — на подвешенной поверхности стопы в промежутке между II и III плюсневыми костями проксимальнее их головок.

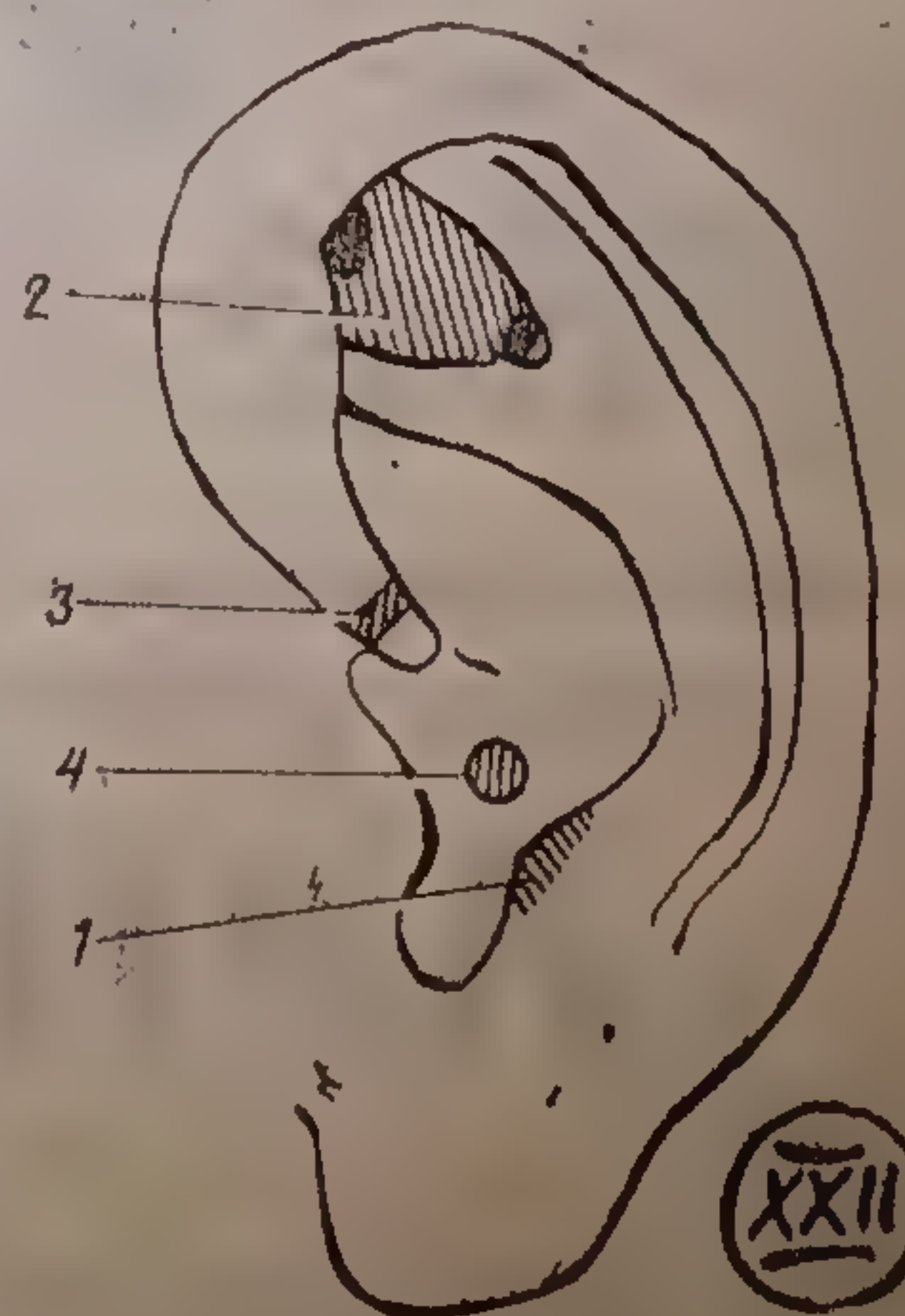
Массаж зон ушной раковины (см. XXII).

Рекомендуется делать по порядку в четырех зонах:

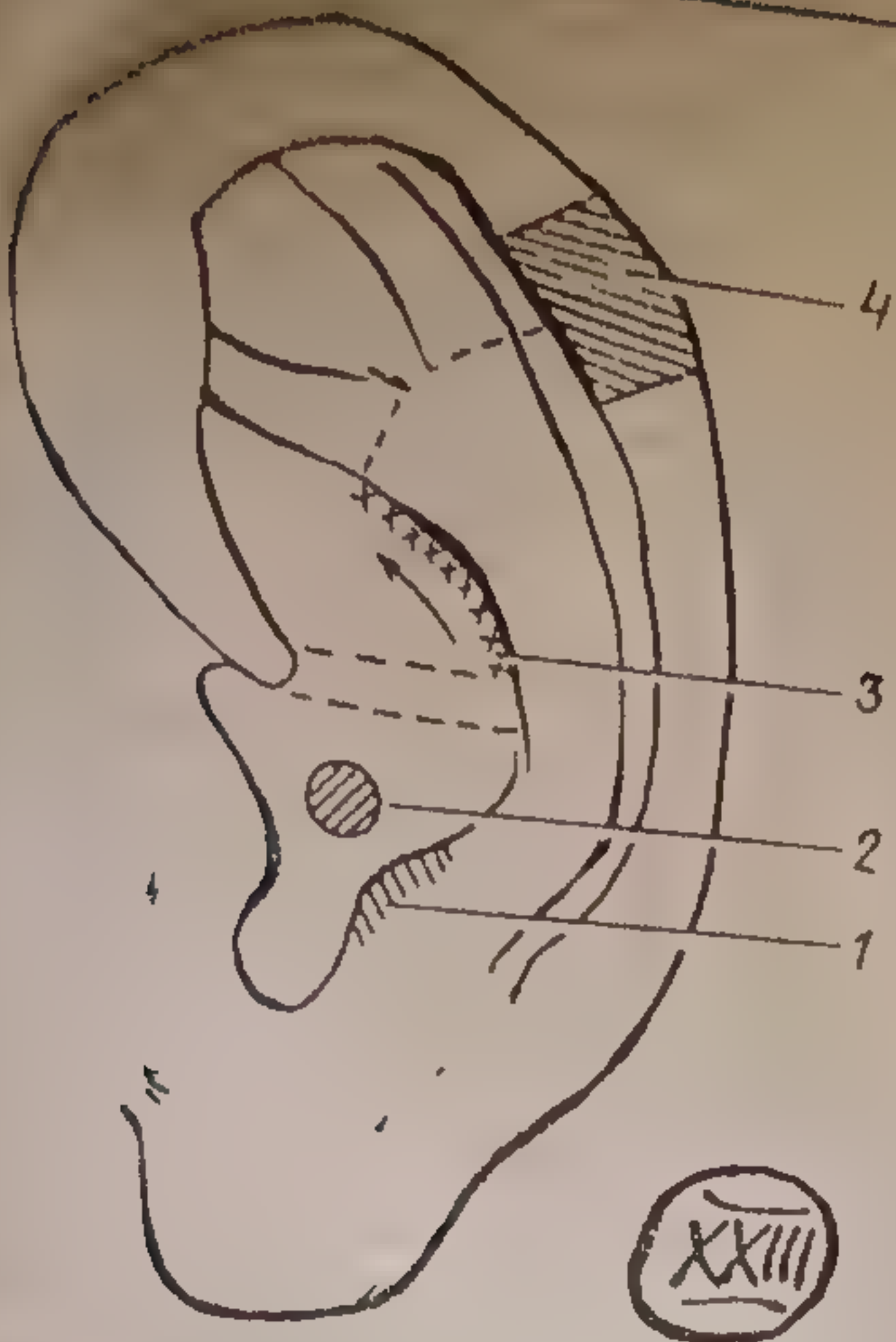
- 1 — противоклозек, представительство коры головного мозга;
- 2 — треугольная ямка (корреспондирует гормональную функцию органов малого таза), массаж выполняется указательным пальцем, оказывает нормализующее действие на вегетативные дисфункции;
- 3 — зона перехода ножки завитка в восходящую часть, легко определяется в виде бороздки в хряще, если ногтем указательного пальца провести скольжение (представительство «диафрагмы»). Массаж данной зоны шариком диаметром 2—3 мм улучшает кровообращение диафрагмы и прилегающих к ней органов;
- 4 — самая глубокая часть раковины (воронка) представительство «легких». Массаж шариком в виде вибрации улучшает окислительно-восстановительные функции организма.



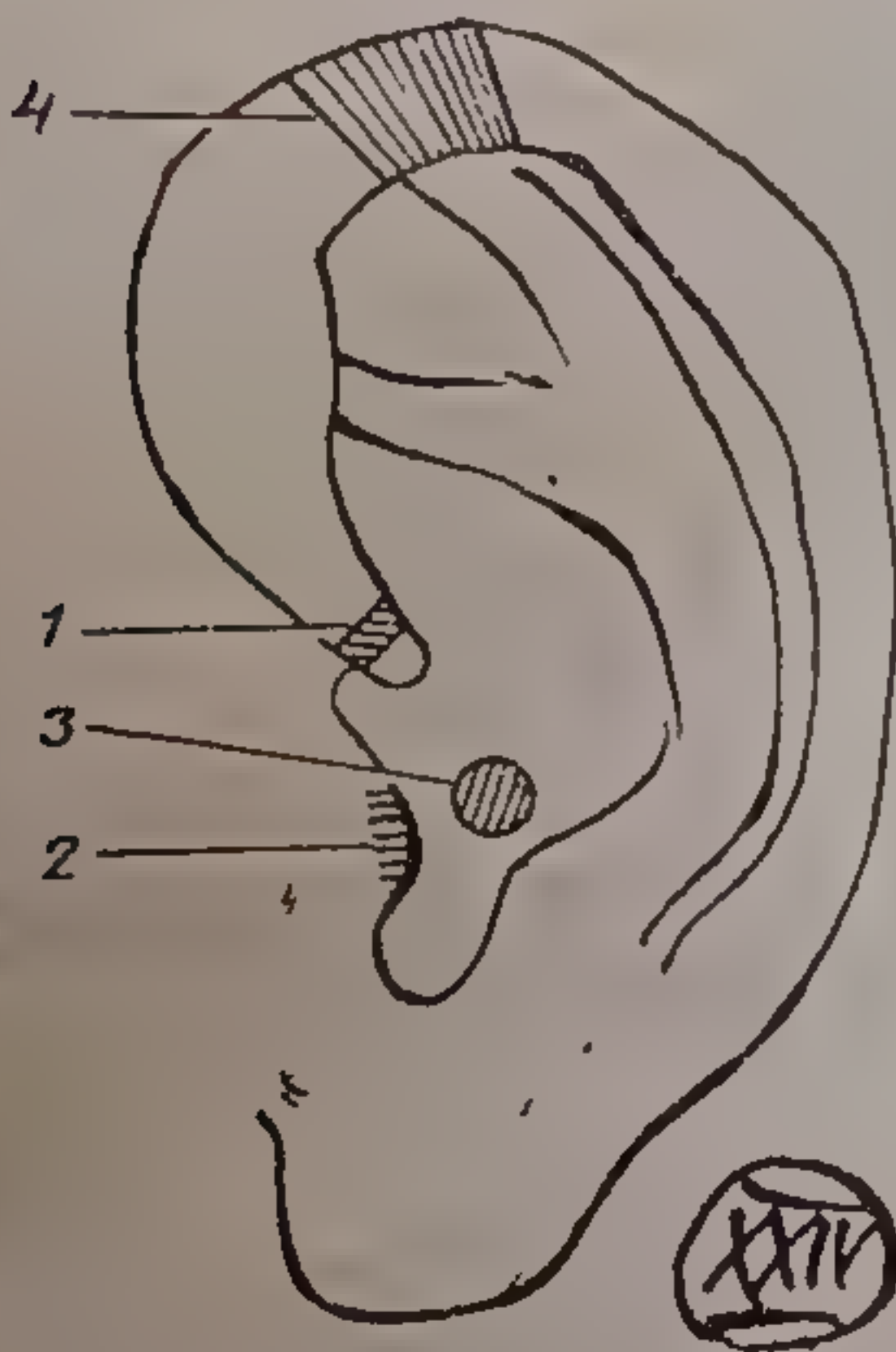
Основные точки для массажа, применяемые с целью повышения силы концентрации внимания



Последовательность массажа по зонам ушной раковины для повышения силы концентрации внимания.



Последовательность массажа по зонам ушной раковины при бессоннице



Последовательность массажа по зонам ушной раковины при острых респираторных вирусных заболеваниях

ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ БЕССОНИЦЕ

Функциональная бессонница возникает главным образом в результате истощающих первую систему факторов (переутомление, интоксикация, травмы и т. п.), а также может быть и конституциональной (на почве врожденной слабости нервной системы). Чаще всего наблюдаются две формы нарушения сна. Первая — нарушение засыпания, вторая — хорошее засыпание с нарушением сна после 3 часов ночи.

Для регуляции сна целесообразно применять самомассаж ушной раковины (см. XXIII).

При нарушении засыпания массируются зоны 1, 2 и 4. Массаж зон применяется перед сном, причем самомассирование зоны 2 лучше выполнять кончиком V пальца.

При нарушении сна после 3 часов ночи самомассаж производится после просыпания в зонах 1, 3, 4.

Зона 3 — проекция отраженных функций спинальных и стволовых структур центральной нервной системы, расположена на краю границы противозавитка и раковины. Начало зоны — место пересечения продолжения ножки завитка с противозавитком, конец — пересечение перпендикуляра, проведенного от угла биссектрисы треугольной ямки с противозавитком. Зона массируется погтем указательного пальца в направлении снизу вверх.

В обоих случаях рекомендуются перед сном теплые ножные ванны и массаж воротниковой зоны. Самомассаж ушной раковины при функциональной бессоннице прекращается сразу при нормализации сна.

ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ОРЗ, ГРИПП)

Массаж и самомассаж ушной раковины эффективен только в продромальный период (слабость, вялость, недомогание). Ушные раковины массируются последовательно, в первый день — одна, во второй день — другая и т. д. У правой рекомендуется начинать массаж с правой ушной раковины, у левой — с левой. Массаж выполняется в течение 10—12 дней — в первые два дня 2 раза в день утром и вечером, затем можно только по утрам.

Последовательность массажа по зонам согласно нумерации (см. XXIV). Техника массирования зон описана выше.

Зона 4 — вершина завитка, легко находится путем складывания уха так, чтобы край завитка накрыл край восходящей его части. Массаж этой зоны оказывает десенсибилизирующий, противовоспалительный, анальгезирующий и седативный эффект.

Зона 5 — нижняя часть мочки, преддверие «миндалина». Массаж улучшает трофические процессы в лимфатическом глоточном кольце, что улучшает иммунологическую реактивность организма.

Зоны 4 и 5 массируются с двух сторон — I и II пальцами.

С целью пролонгирования (продления) действия массажа рекомендуется после ручного воздействия нанести на зоны (только слегка прикоснуться с помощью, например, спички) раздражающие кожу растирки (мази) типа фипалгоп, никофлекс или «Золотая звезда».

В заключение необходимо напомнить, что точечный и линейный виды массажа при различных синдромах у человека применяются в сочетании. В большинстве случаев вначале применяется точечный массаж, а затем линейный массаж. В других сочетаниях выполняется точечный массаж в начале линии, затем линейный или воздействие на точку в начале линии, затем линейный массаж и вновь точечный массаж в конце линии. Массаж зон ушной раковины используется до или после точечного или линейного воздействия.

Концепции времени и здоровья

ЛУНА
и логическая
биоактивно
ЧЕЛОВЕКА

З. И. МАКЕДОНОВА,
Ф. К. ВЕЛИЧКО

Богатейший методологический опыт астрологии пока еще совершенно не освоен естественными науками, заметно отстающими от астрологии в технике разноречивания и синхронизации явлений во времени. Скептицизм представителей естественных наук по отношению к астрологии происходит от их нежелания проникнуть в суть этой самой древней области знания, еще со времен Птолемея (100—165 гг. н. э.) утверждающей, что ритмы правят миром. Очищенная от мистификации астрология с ее оригинальными, апробированными практикой 40 столетий методами изучения ритмики человека может быть полезной и биологии и медицине, как показывают результаты данной работы, полученные в сотрудничестве биолога и астролога.

Задачей нашего исследования была оценка показате-

состояния внутренних органов человека под воздействием взаимного расположения Луны, Солнца и Земли в мировом пространстве.

В биологии и медицине успешно развивается сравнительно новое направление — акупунктурная диагностика — суждение о работе внутренних органов по рефлекторно связанным с ними чувствительным точкам на коже. Истоки этого метода лежат в концепциях древней восточной медицины (активно применявшей данные астрологии) о ритмической циркуляции энергии в организме человека.

В существовании биоритмов сейчас уже никто не сомневается. Их длительность колеблется от нескольких секунд до нескольких лет. Многие ритмы основаны на числе 7 — продолжительности одной лунной фазы. Установлено, что на биоритмы влияют низкочастотные колебания магнитного поля Земли, например магнитные бури, в периодичности которых намечается влияние взаимного расположения Луны, Солнца и Земли.

Практический интерес акупунктурной диагностики состоит в возможности биостимуляции ритмов важнейших органов человека, гармонизации этих ритмов, когда они по каким-либо причинам сбиваются. В конечном счете, дридя вовремя на помощь сбившемуся с правильного ритма органу, можно продлить человеку жизнь.

С древних времен замечено, что наиболее важными с точки зрения энергетики организма являются сердце, легкие и железы внутренней секреции. Считалось, что назначение этих органов — перераспределять энергию, концентрировать и хранить ее — выполнять функцию сокровищницы, «казны» организма. Научно установлено, что регулирует ритмы этих органов кора головного мозга.

Кругооборот энергии начинается с легких. Легкие связаны с сердцем. Они помогают сердцу в его работе. Ритмичные колебания давления в грудной клетке, возникающие при дыхании, облегчают приток крови

к сердцу. Заботу о сердце нужно начинать с улучшения работы легких. Патология верхних дыхательных путей, вызванная, например, курением, ведет к нарушению сердечной деятельности. Помощь легким сердцу становится недостаточной, особенно в периоды космических возмущений окружающей среды. Не следует также забывать, что легкие — биологический фильтр для крови, прежде чем из венозной она станет артериальной. Легкие также фильтр и для лимфы. Вот почему так важно иметь чистые и активные легкие.

Где же искать на теле активные точки, связанные с сердцем, корой головного мозга, легкими, железами внутренней секреции? Взгляните на ухо своего соседа — разве не похоже оно по форме и расположению своих частей на эмбрион в утробе матери? Природа как бы дает нам модель человека в виде уха. Действительно, на коже уха находятся чувствительные точки, связанные со всеми важными органами человеческого тела. Направление в диагностической медицине, изучающее связь активных точек уха с функционированием внутренних органов, называется аурикулодиагностикой. Изменения электропроводности активных точек уха характеризуют работу связанных с этими точками органов.

Многочисленные измерения, проведенные нами в рамках аурикулодиагностики на большом контингенте практически здоровых людей, показали, что наиболее «заинтересованными», остро реагирующими на возмущения космического происхождения, являются сердце, кора головного мозга и железы внутренней секреции. В период «космического» стресса резко растет электропроводность точек этих органов, причем даже за сутки сдвиг оказывается значительным, отражая нарушение ритма исследуемого органа.

Обобщенные результаты сопоставлены в приводимой таблице. Остановимся на выводах, а они оказались очень интересными! Сердце, кора головного мозга и железы внутренней секреции в поволуние и пол-

Активность акупунктурных точек ушной раковины в сопоставлении с фазами Луны *
М — мужчины Ж — женщины

Орган человеческого тела, связанный с активной точкой уха	Электропроводность в (ом.м) ⁻¹ (норма 6-14)											
	за 1—3 дня до поволуния		В поволуние		через 1—3 дня после новолуния		за 1—3 дня до полнолуния		в полнолуние		через 1—3 дня после полнолуния	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Кора головного мозга	14	21	15	15	13	15	22	25	25	30	15	15
ДИ	1,2	1,8	1,6	2,1	1,7	1,6	1,4	2,0	2,4	2,4	0,8	2,0
Железы внутренней секреции	20	23	18	28	14	14	23	27	22	30	16	19
ДИ	1,9	2,1	1,5	2,0	1,4	2,1	1,8	1,6	2,1	3,0	0,9	1,2
Сердце	21	27	18	21	14	15	25	25	30	25	19	16
ДИ	1,1	2,0	2,1	1,9	0,7	1,5	1,2	2,1	2,0	2,4	1,7	1,6

* ДИ — доверительный интервал ±.



ТВОЕ ЗАПОВЕДЬ

особенно в период солнечных и лунных затмений, испытывают повышенную на 15—30% нагрузку по сравнению с периодами между этими фазами Луны.

Как видно из таблицы, электропроводность активных точек заметно изменяется за 1—3 дня перед новолунием и полнолунием. Реальный же эффект (по статистике «Скорой помощи») приходится как раз на эти фазы Луны, как бы запаздывает. Это свидетельствует о том, что некоторое время регулирующие системы еще пытаются «выправить положение», удержать парующееся в организме равновесие, но в ситуации космических осложнений (приливные явления, изменение напряженности магнитного поля Земли, сопутствующие моменты новолуния и полнолуния) не в состоянии этого сделать. После критических фаз равновесие быстро восстанавливается, если организм здоров.

Реакция у женщин и у мужчин различается. В женском организме наибольшей нагрузке подвергаются железы внутренней секреции и кора головного мозга. В мужском организме сильнее всего затрагивается сердце и в меньшей степени кора головного мозга. Получается удивительное совпадение с давним-давно намеченными астрологическими схемами; Луна — женщины — женщина; Солнце — сердце — мужчина! Первая схема не вызовет возражений со стороны биологов и медиков: менструальный цикл, во многом определяющий эмоциональное состояние женщины, — лунный. Вторая покажется вам падающей — и правдой!

Именно астрологи, а не медики указали на любопытное совпадение: среднестатистический нормальный наклон сердца по отношению к вертикальной оси тела (22—30°) почти в точности повторяет наклон земной оси к плоскости орбиты Земли вокруг Солнца (23.5°). Это позволяет медицинской астрологии моделировать ритмы сердечной деятельности по взаимному расположению Земли и Солнца. Сердце — один из важнейших органов человеческого организма, но в женском организме влияние желез внутренней секреции (функционирующих в основном по лунным ритмам) более ярко выражено, чем в мужском. Поэтому женская физиология и психология лучше моделируется по Луне, чем по Солнцу, тогда как для мужского организма Солнце остается важнейшим фактором моделирования.

Но вернемся к влиянию Луны на человека. Поскольку в здоровом организме все системы уравновешены в своих ритмах и своевременно включают защитные (компенсаторные) возможности в действие, их показатели уже на следующий день после затмения (независимо от того, видно оно там, где находится человек, или на другом полушарии) приближаются к норме.

А что же происходит в организме человека, подвергнутом курению или алкоголем? При нарушении равновесия систем возникает срыв приспособительных (адаптивных) возможностей, могущий привести к серьезным последствиям. Для курящих и пьющих новолуние и полнолуние (не говоря уже о затмениях) становится фактором риска, что и подтверждается статистикой «Скорой помощи». В дни таких космических явлений число инфарктов и инсультов заметно повышается. Степень риска в случае инфаркта оказывается выше у мужчин: на их долю приходится 60% вызовов «скорой помощи». Среди получивших инфаркт $\frac{2}{3}$ — курящие. При диагностике инсультов процент мужчин и женщин почти одинаков (56 и 44%), но курящих и пьющих среди них 70%.

Полученные вами результаты представляют практический интерес для планирования работы службы «Скорой помощи». В периоды новолуния и полнолуния целесообразно увеличивать число машин на линии, усиливать бригады и соответственно планировать запасы горючего.

Лунные фазы повторяются каждые 28—29,5 дня в течение всей нашей жизни, затмения в целом по земному шару происходят 3—7 раз в году... Биология в содружестве с астрологией остро ставит в космическом плане вечный вопрос — что делать? Курить и пить или все-таки жить?

Примечание редакции: статья опубликована в журнале «Здоровье».

САМОАНАЛИЗ: АСТРАЛЬНЫЙ ТАЛАН

☆☆☆☆☆☆

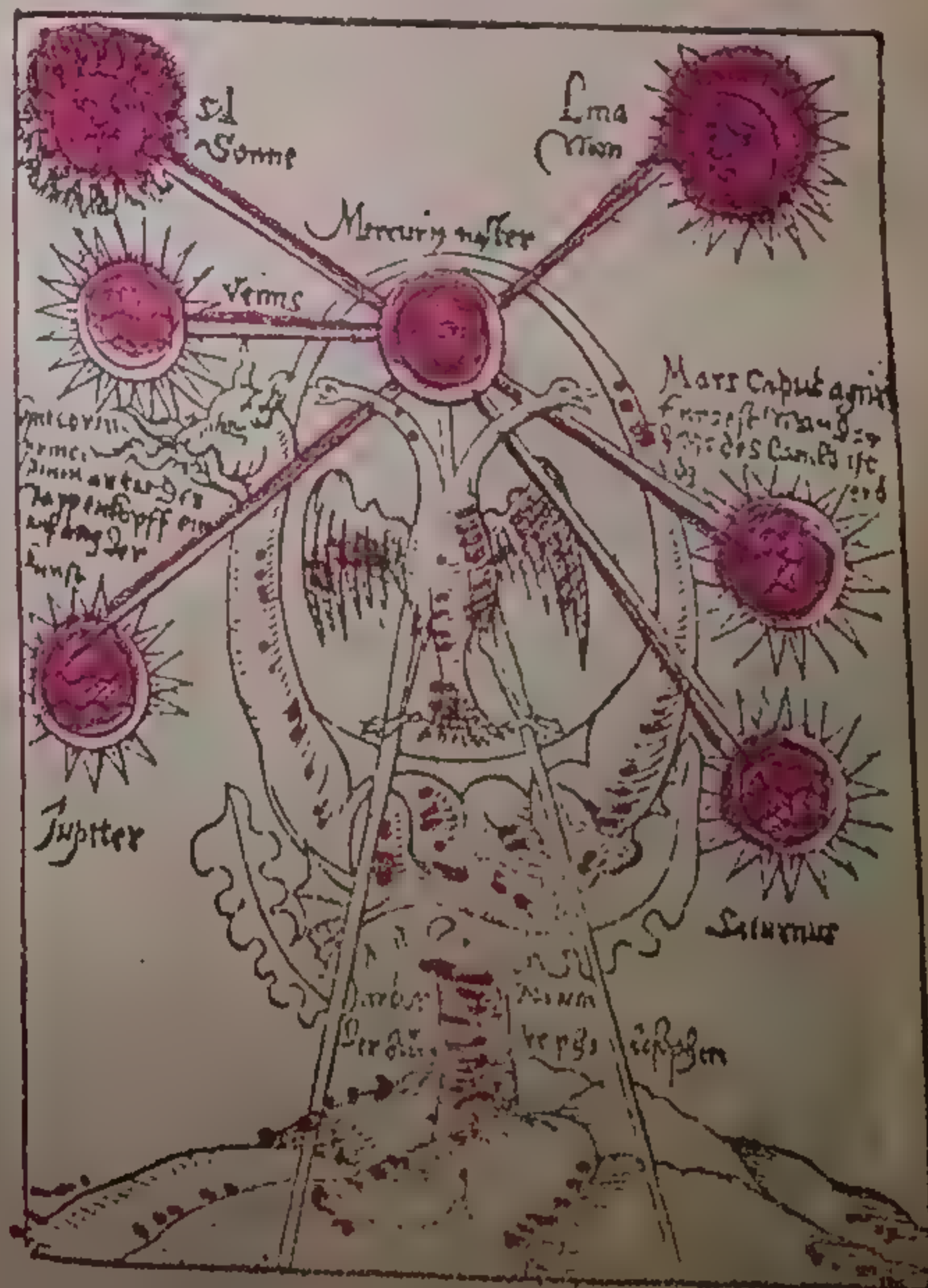
М. ЛЕВИН

Возможность самоанализа тем и ценна, что позволяет выбор средств и условий для овладения своими действиями, поступками, влечениями, взаимодействием с другими людьми, складывающимися жизненными ситуациями. Это относится также и к ситуациям лечения и оздоровления. В предыдущей публикации (смотри «Твое здоровье», № 2/90) были даны принципы такого анализа, основанные на планетных характеристиках, с помощью которых возможно выделить главные составляющие событий, явлений, характера и поведения человека. Теперь же рассмотрим, как практически применить эти принципы для выделения составляющих с целью астрологического анализа.

В качестве примера разберем несколько простейших ситуаций общения. Попробуем разложить каждую из них на составляющие с тем, чтобы в зависимости от цели общения найти способы управления ситуациями путем усиления благоприятствующих моментов и ослабления препятствующих.

☆☆☆

Согласно оккультным представлениям все фокусируется на Меркурии как источнике всех превращений, изменений. Двухглавая птица олицетворяет активный и пассивный принципы.



Домашнему астрологу

ВАМ ПРЕДСТОИТ РАССЛАБИТЬСЯ

Допустим, вам хотелось бы, что называется, потрепаться, то есть в беседе снять легкое утомление, забыть неприятное, отвлечься, да так, чтобы при этом еще и получить любую интересную информацию. Как раскладывается эта ситуация на языке планет? Без чего это попросту невозможно?

Во-первых, сама потребность расслабиться, выйти из повседневной рутины относится к постоянной составляющей (представленной принципом 2) в нашей жизни, зависящей от активности Луны. Во-вторых, потребность в разнообразии, новой информации и просто пообщаться как постоянная составляющая является выражением принципа 3 (активность Меркурия). Что касается влияния остальных пяти составляющих, они не должны быть ярко выражены, так как усиление любого из соответствующих им принципов (планет) способно нарушить спокойную и естественную атмосферу общения, чувство комфортности при расслаблении.

Как же использовать такой анализ для овладения ситуацией? Стратегия должна быть такова, чтобы найти средства, усиливающие благоприятствование Луны и Меркурия, избежать доминирования принципов 1-, 5-, 6-, 7-го (усиления соответственно Солнца, Марса, Юпитера и Сатурна). Что касается влияния Венеры (принцип 3), составляющая ее в любой ситуации способна окрасить общение в мягкие эмоциональные тона, если проявляется не слишком сильно. Разобравшись в этом, можно управлять ситуацией, выбирая оптимальные (с учетом влияния планет) время и место (обстановку).

Определить время позволяет практически карта движения планет по знакам зодиака. Приведенная в практикуме «Ваш прогноз» карта 1 — пример тому в принципе, но карта дана на январь — февраль 1991 года в расчете на то, что читатель, получив за год все 6 карт на будущий год и овладев нашим материалом, практически займется самостоятельными прогнозами.

Чтобы воспользоваться благоприятным влиянием планет, необходимо определить даты (день и месяц) по карте движения планет, то есть дни прохождения (в данном случае Луны и Меркурия) через соответствующие астрополья (в данном случае 3, 7 и 11-е, разумеется, по нумерации, начинающейся с вашего солнечного знака). И наоборот, чтобы избежать неблагоприятного времени, надо исключить дни прохождения «неподходящих» планет (в данном случае Марса, через поля 3-е, 7-е, 11-е, а также Солнца, Венеры и Марса через поля 1-е, 8-, 12-е).

Следует заметить, что медленно движущиеся планеты (Сатурн и Юпитер) могут оставаться в пределах того или иного поля в течение всего года (и более), но это не значит, что не удастся найти благоприятное время. Достаточно избежать лишь тех дней, в которых проявляются неблагоприятные взаимо-

влияния планет (в данном случае когда пути Луны или Меркурия пересекаются с путями Юпитера или Сатурна). Конечно, чтобы самостоятельно делать такие выводы, надо ориентироваться на содержательное значение пронумерованных вами полей, что и дается в практикуме «Ваш прогноз».

Что касается места (обстановки), то выбор, во-первых, может быть продиктован и жизненным опытом, заключенным в традициях нашей культуры, в народных обычаях.

Не случайно, например, традиционные посиделки в деревенской избе обставлялись ритуалами, исключавшими проявления нежелательных составляющих ситуации (влияния Марса, активизации Юпитера и Сатурна взаимовлиянием планет). Во-вторых, можно самому создавать соответствующие условия с учетом астрологического анализа, ориентируясь на соответствие места встречи, одежды, цвета, элементов обстановки, цветов и ювелирных камней, видов пищи и напитков тем или иным планетам. Такого рода гороскопы широко распространены, известны многим, а для камней были приведены в № 6 за 1989 г. «Твое здоровье» (в следующих номерах будут даны соответствующие таблицы. — Прим. ред.).

Но вот, допустим, человек хочет расслабиться не в общении, а наедине с самим собой, занимаясь аутотренингом.

Ведь не секрет, что тем, кто повышенно возбудим, избыточно активен, обучиться полноценной релаксации чрезвычайно трудно. Облегчить аутотренинг возможно, вникнув в ситуацию и разложив ее на планетные составляющие соответственно принципам и выяснив подходящее время по карте.

И здесь важно знать, что даже в случае неблагоприятных дней, выявляемых по карте движения планет по знакам зодиака (практикум «Ваш прогноз»), в течение каждого дня всегда имеется несколько подходящих моментов для расслабления. Дело в том, что, во-первых, смена планетных влияний происходит регулярно в 2-часовом цикле через каждые 24 минуты, а во-вторых, существуют так называемые планетные часы (о них будет рассказано в следующих выпусках. — Прим. ред.).

Пока читателю достаточно воспользоваться благоприятной сменой влияний, всего-навсего учтя, что 24-минутный цикл чередования активности планет происходит в последовательности — Сатурн, Луна плюс Меркурий, Солнце плюс Марс, Юпитер, Венера, а следовательно, в 2-часовом цикле. И отсчет этого цикла (ритма) начинается с момента восхода Солнца (в часах и минутах указанного в обычном отрывном календаре). Рассматриваемые пять периодов внутри 2-часового цикла традиционно называются (на санскрите) соответственно последовательности чередования — акаша, вайю, теджас, притхиви, апас, а само понятие 24-минутного периода обозначается словом таттва.

Как же этим воспользоваться? Если вы со- 29

справиться поболтать с собеседником (вспомните пример первый), то легко видеть, что лучше всего для этого в течение очередных двух часов подходит таттва вайю (период совместного влияния Луны и Меркурия). Но для расслабления в аутотренинге надо улучшить момент, когда ваша активность и возбудимость снижаются наиболее сильно, а в каждом 2-часовом периоде в течение суток — это таттва акаша (усиление влияния Сатурна). Пользуясь отрывным календарем, для начала отсчета цикла по восходу Солнца, не забудьте пересчитать время на местное декретное.

ПЛАНЕТНОЕ ЛИЦО ВАШЕГО СОБЕСЕДНИКА

Перейдем к другому примеру, когда цель беседы совершенно иная, а учет личности собеседника, пусть даже случайного, имеет принципиальное значение. Допустим, вам просто надо выговориться кому-то, чтобы облегчить душу, как говорится. В этом случае наряду с тем, что вы выясняли относительно себя, анализ ситуации (разложение ее на 7 составляющих) ведется уже с учетом принципов, влияющих на вашего собеседника в данный момент.

Но это теоретически. Практически же достаточно даже по внешнему виду и по поведению узнать в вашем собеседнике его планетное «лицо». Оно выражается в наиболее ярких чертах характера и его проявлениях, так как каждый человек обладает своей планетной доминантой, иными словами, постоянно испытывает сильнейшее влияние ведущей планеты его натальной карты (карты рождения), о которой нам еще предстоит рассказать.

Но узнать планетное «лицо» можно попытаться и без натальной карты, воспользовавшись приведенными здесь характеристиками («Планетные составляющие характера»). Ориентироваться в планетных характерах людей, окружающих вас, всегда полезно. В любой ситуации это дает возможность хотя бы в общих чертах прогнозировать их поведение и возможность взаимодействия с ними в зависимости от цели. В данном случае в нашем примере требуется лишь, чтобы планетное «лицо» собеседника не препятствовало ему вас выслушать, посочувствовать, поддержать. Конечно, вам может повезти на собеседника, окажется он обладателем лунного или юпитерианского планетного «лица», но во всех остальных случаях, особенно с людьми, у которых в характере доминируют черты Марса или Сатурна, вам лучше не «плакаться в жилетку». Если Сатурнов тип еще способен молча и отстраненно выслушать ваши излияния, то марсианский тип тут же перебьет вас и начнет говорить о своем. И даже смена влияний планет в 2-часовом суточном цикле — спасительная таттва (период) — вам не очень поможет.

Надо думать, выбор собеседника никогда не мешает и в тех ситуациях, где это возможно, особенно если это ваш супруг или близкий человек, стоит провести анализ самой ситуации дважды, учитывая прохождение планет по астрополям как по вашей нумерации, так и по нумерации, соответствующей его солнечному знаку (в карте, приведенной в практикуме «Ваш прогноз»).

Во всяком случае, если предстоит серьезный разговор с кем-либо из близких, когда необходимо, чтобы вас доброжелательно выслушали и поняли, время и обстановку выбирать, конечно, требуется. Здесь желательно избегать дней, когда путь Луны пересекает пути Марса, Сатурна, Урана и Плутона, а из других дней лучше выбрать те, в которые Луна проходит через астрополя 1-е, 3-е, 4-е (для ситуации в семье), 7-е и 11-е по вашей нумерации и не проходит через 8-е и 12-е поля по нумерации вашего собеседника.

Для женщины отношения с супругом зачастую играют ту же роль, что и профессиональные отношения мужчины, поэтому к дням, благоприятным для принципиального разговора с мужем, добавляются также и те, когда Луна проходит через 10-е астрополе, значение которого приведено в практикуме «Ваш прогноз».

Рассмотрим теперь случай, когда вам не приходится выбирать собеседника и, более того, он выражает собой не столько собственное планетное «лицо», сколько некое коллективное, будь то ситуация, когда вы выясняете отношения с заведующим столовой по поводу качества несъеденного вами блюда, или это разговор с представителем администрации, членом профкома или партбюро или же с сотрудником ОБИРа, либо, допустим, когда за вами «пришли» или, быть может, вы заговорили с человеком на болезненную для него национальную тему.

Во всех таких случаях на поведении вашего собеседника сказывается влияние так называемых коллективных планет. Речь идет о доминировании в ситуации (явлении, поступке) высших в астрологическом смысле планет Урана, Нептуна, Плутона, движение которых по зодиаку настолько медленное, что они способны оказывать влияние на биосоциальную среду, в которой живет человек.

Дело в том, что высшие планеты опосредованно, через биосоциальную среду оказывают влияние на те формы и способы, с помощью которых устанавливаются связи в социуме (подробно вопрос этот рассмотрен в статье «Стыкуются ли грани характеров?», опубликованной в № 5 за 1989 г. «Твое здоровье»). А это значит, что, какое бы планетное «лицо» ни доминировало в незнакомом вам заведующем столовой, его поведение продиктовано, прежде всего и в основном, интересами того коллектива и той административной системы, в которых он является ответственным функционером.

Вот почему в таких и даже в большинстве жизненных ситуаций их анализ требует учета еще по крайней мере трех составляющих (соответственно принципам 8-му, 9-му, 10-му, о которых будет рассказано отдельно), описывающих взаимодействие индивидуального и общего, индивидуальности и общности людей (от общественных организаций до государства в целом, от рода до нации и от духовных сект до религиозных движений).

Строго говоря, составляющих во многих явлениях (ситуациях) и соответственно принципов, влияющих на их проявление, больше — всего их вместе с рассмотренными здесь (индивидуальными и коллективными) — 12. Но об этом будет рассказано в следующей нашей публикации.

ПЛАНЕТНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ХАРАКТЕРА

СОЛНЦЕ — мужское начало. Его проявления: активность, яркость, мужественность, внутренняя устойчивость, жизненная энергия, цельность, достоинство, самостоятельность, независимость, гордость, творческая сила, артистизм, авторитетность, щедрость, любовь к покровительству, готовность помогать. Любит роскошь, удовольствия, развлечения, часто расточителен.

Искаженные качества — тщеславие, деспотизм, авторитарность, склонность к мишуре, пышности, церемониям, напыщенность.

ЛУНА — женское начало. Ее проявления: пластичность, изменчивость, неустойчивость, чувствительность,

НАПОМИНАЕМ!

ежемесячник
"Твое здоровье"
В розничную продажу
не поступает.

Подписка полугодовая
и годовая.

восприимчивость, впечатлительность. Очень несобранна и не любит дисциплины, мечтательна и капризна, сентиментальна, тяготеет к дому, семье, домашнему очагу, родителям, не слишком самостоятельна, любит, чтобы о ней заботились, но очень привязана к детям, младшим братьям и сестрам, сама готова о них заботиться из последних сил. При всей своей неактивности и ранимости обладает цепкой волей к жизни, способностью выжить, подняться после самых тяжелых кризисов, прийти в себя и начать заново.

Искаженные качества — лень, несобранность, истеричность, медлительность, рассеянность, необязательность.

МЕРКУРИЙ — сочетает в себе мужское и женское начала (биполярен). Его проявления: подвижность, восприимчивость, любознательность, хорошая память, пластичность, легкость, способность быстро переключаться с одного действия на другое, ловкость, стремление к согласованию разных точек зрения (отсюда и готовность к компромиссу), уступчивость, рассудочность, бесстрастность. Нерешительность вследствие равнозначности «за» и «против». Хватается за любую возможность, обычно не имея сил довести все дела до конца.

Искаженные качества — беспринципность, азарт, болтливость, любовь к слухам, сплетням, пустое любопытство.

ВЕНЕРА — женское начало. Проявления: эмоциональность, серьезность, чувство красоты, формы, тонкий вкус, элегантность, обаяние, привлекательность, сексуальность. Любит комфорт, развлечения. Привязчива к друзьям, дружелюбна, но очень внимательно выбирает друзей. Обладает чувством справедливости. Внешне пластична, миролюбива, избегает конфликтов, не слишком активна в жизни, романтична, склонна жалеть себя, быстро выходит из депрессии.

Искаженные качества — вялость, чувственность, безжалостность, упрямство.

МАРС — мужское начало. Его проявления — активность, напористость, импульсивность, упорство, прямота, доходящая до грубости, энтузиазм, смелость, рвение в достижении цели. Самоуверен, любит риск, полон сил, активен и легко возбудим, вспыльчив, часто нетерпим, страстен и беззаботен. Очень любит соревноваться и всегда стремится быть первым, стремится к лидерству и не выносит никаких внешних ограничений. Мало обращает внимания на чувства других, но в любой момент готов защитить свое от посягательств.

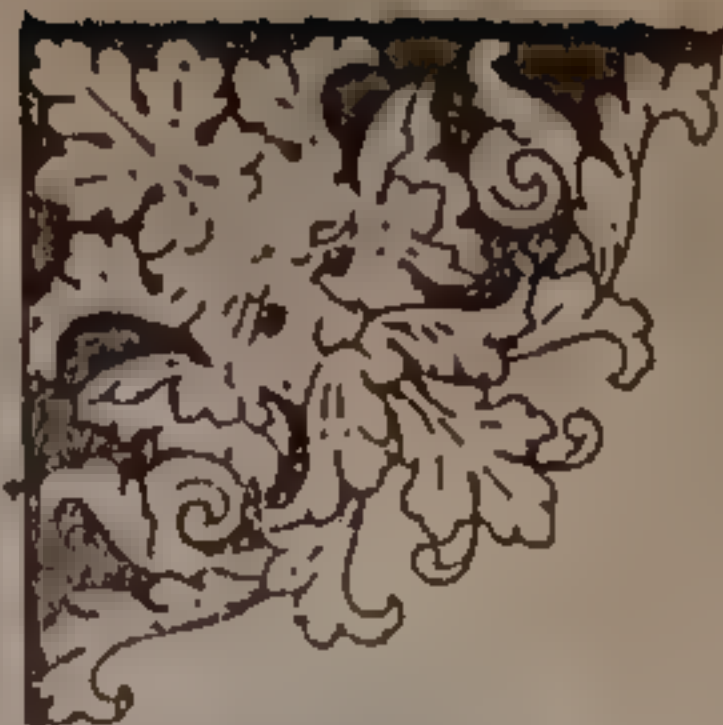
Искаженные качества — конфликтность, агрессивность, любовь к крови, беспощадность, грубость, вульгарность, эгоизм.

ЮПИТЕР — мужское начало. Проявления — важность и солидность, спокойная уверенность, импозантность, респектабельность, уравновешенность. Неторопливая походка, добродушная улыбка. Любит покровительствовать младшим, помогать тем, кто обращается к нему за помощью, любит компании, знает толк в еде и питье. Одеваться предпочитает в самое престижное, но в одежде слегка неряшлив. Не терпит конкурентов, самолюбив, но скрывает это, для него очень важно мнение окружающих. В достижении своих целей упорен, умеет видеть общее, не останавливаясь на деталях.

Искаженные качества — гордыня, распушенность, излишества в еде и питье, хвастливость, самодовольство, расточительность, лицемерие.

САТУРН — мужское начало. Его проявления — прочность, статичность, устойчивость, постоянство, консерватизм, конкретность, пунктуальность, педантичность, осторожность, недоверчивость, замкнутость, сдержанность, серьезность, логичность, скептицизм, формализм. Любит привычные формы, плохо приспосабливается к новому, предпочитает опираться на традиционное, общепринятое. Питает большое уважение к авторитетам, к старшим. Любит порядок и учет, дисциплину, хорошо организован. Мышление конкретное, реалистичное, опирающееся на опыт. Трудлюбив, с развитым чувством долга, обязателен. Новые знакомства заводит с трудом, друзей имеет мало или их совсем нет, как правило, одинок.

Искаженные качества — подозрительность, скупость, пессимизм, фатализм, узость кругозора, предельный консерватизм, страх, стремление избежать перемен.



АСТРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА



стоятельно попробовать применить полученные в обоих выпусках знания, а в следующем выпуске мы начнем следующий раздел практических занятий. Напоминаем, что обычно активизируются те астролопы, где проходят Марс, Солнце или Луна в полнолуние, что особенно влияет на женщин психофизиологически.

Примечание к прогнозу М. Б. Леви-на и Т. М. Митяевой на март (смотри первую сторону обложки): в указанных в таблице днях начало суток рассчитано по московскому времени.

Занятие 2

которые пересекает наибольшее число планетных линий (в интересующее вас время); или наблюдается наибольшее число пересечений этих линий, или через астролопа проходит «хозяин» — управляющая планета того знака, с которого началась нумерация столбцов-астролопов. Чтобы не повторять основных сведений, мы отсылаем читателя к занятию 1, опубликованному в предыдущем выпуске (№ 1/90). Предлагаем само-

лец, поставив на столбе цифру 1, продолжите так: Козерог — 2, Водолей — 3, Рыбы — 4, затем, перейдя к началу, продолжайте (Овен — 5, Телец — 6, Близнецы — 7, Рак — 8, Лев — 9, Дева — 10, Весы — 11, Скорпион — 12). Значение каждого из астролопов определяется по его номеру (они приведены в № 1/90 «Твое зоркое око», и на первый план в интерпретации выступают те астролопы,

ВАШ ПРОГНОЗ. Карта II

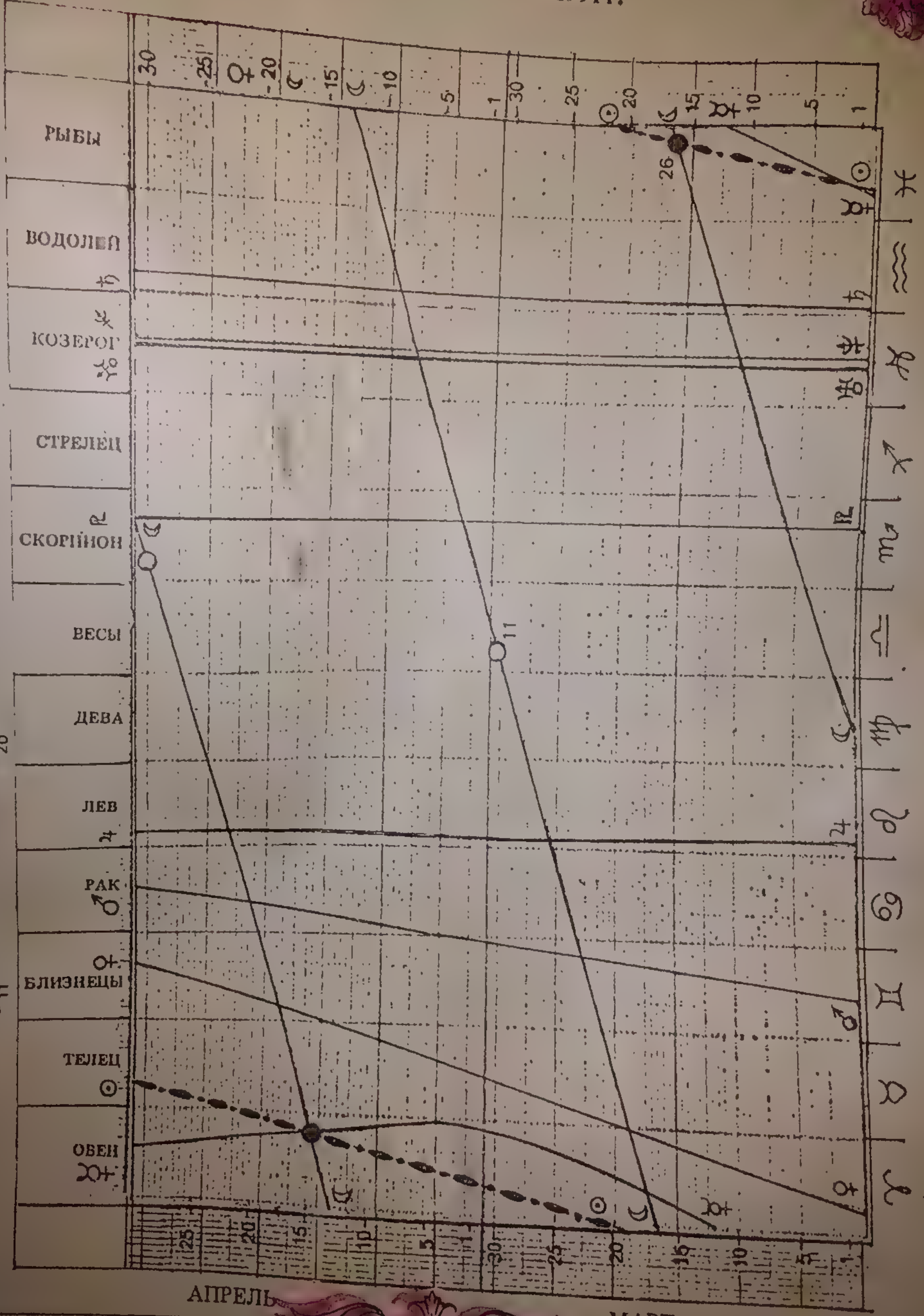
Практикум ведет Ф. К. ВЕЛИЧКО

Перед вами вторая карта (на март — апрель 1991 г.) движения планет по знакам зодиака, на которой графически представлены данные о времени продвижения планет через астролопа (смотри планетные столбцы на карте) — вертикальные столбцы. Определив по дню рождения зодиакальный знак и найдя его на карте, начните с него нумерацию столбцов-знаков в направлении слева направо, а дойдя до конца, продолжите нумерацию с начала карты. Напротив, если вы начали со знака Стрельца, то нумерация будет идти справа налево.

ПРОХОЖДЕНИЕ СОЛНЦА, ЛУНЫ И ПЛАНЕТ ПО ЗНАКАМ ЗОДИАКА В МАРТЕ-АПРЕЛЕ 1991 г.

Масштаб: по горизонтали 1 мм = 2°; по вертикали 1 день = 2 мм

○₁₁ новолуние и его дата 26 — путь Луны



АПРЕЛЬ МАРТ

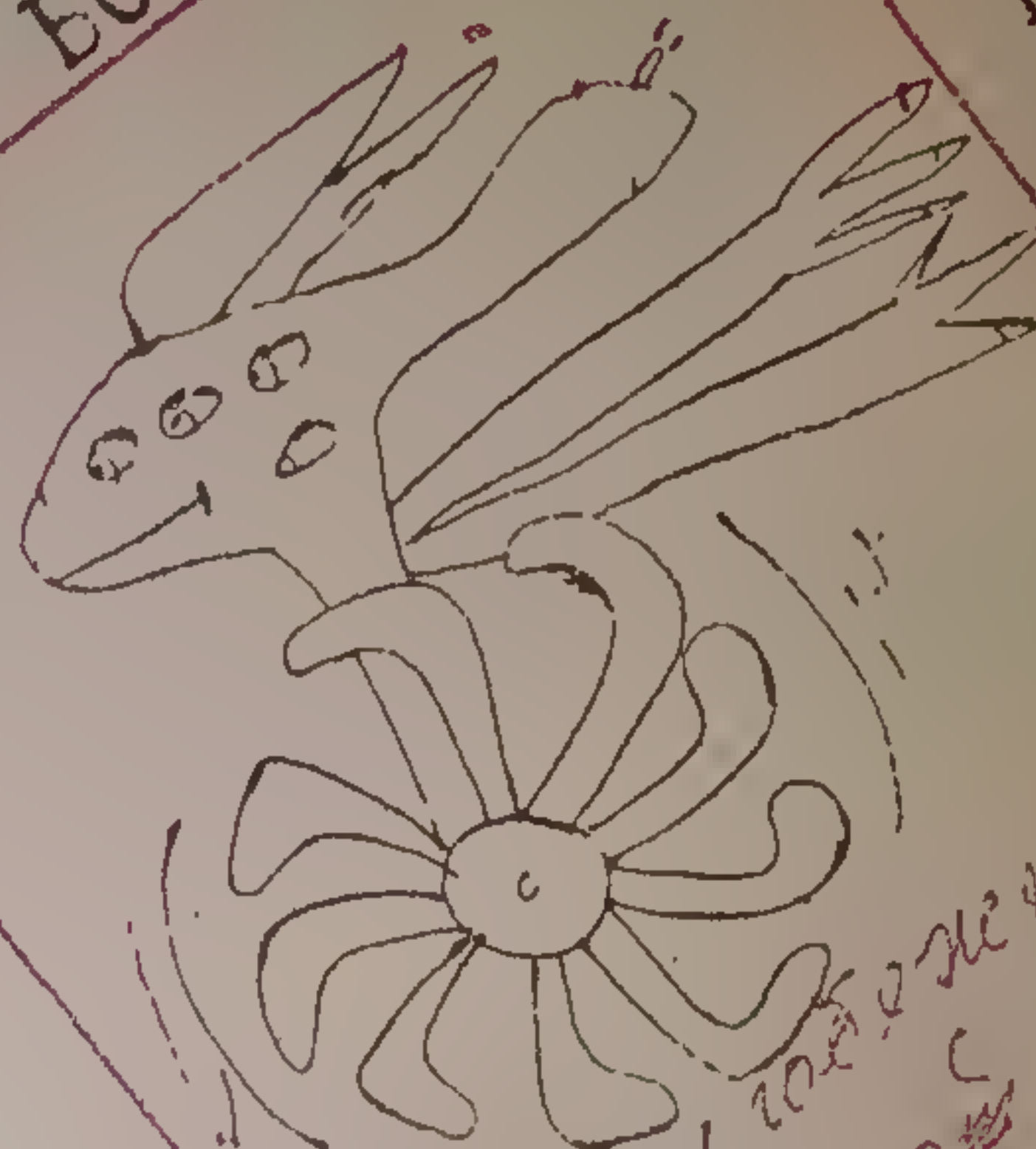
190

ТВОЕ ЗАОРОВЬЕ

СОВЕТЫ
И РЕКОМЕНДАЦИИ
ПРАКТИЧЕСКИХ
ВРАЧЕЙ

БОЛЕЗНИ: ТЕЧЕНИЕ,

ПРОГНОЗ,
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ



БЕСЕДЫ

С УЧЕНЫМИ —

МЕДИКАМИ

ПОДПИСНОЕ ИЗДАНИЕ

Цена 20 коп.
Подписной индекс 70063

ПРОГНОЗ НА ФЕВРАЛЬ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости 1, 3, 7, 13, 20, 27
Дни благоприятные 4, 5, 10
Дни повышенной конфликтности 6, 9, 14, 21, 23, 28
Дни эмоционального спада с тенденцией к депрессии 1, 14, 22, 28

Влияние на вашу волевую сферу (активность)

Дни благоприятные для деловой активности 4, 5, 11, 19, 26
Дни напряжений, трудные для контактов и принятия решений 2, 6, 7, 21
Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 9, 10, 14, 17, 29

Дни высокого динамизма, одновременно с тенденцией к конфликтам 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 21

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

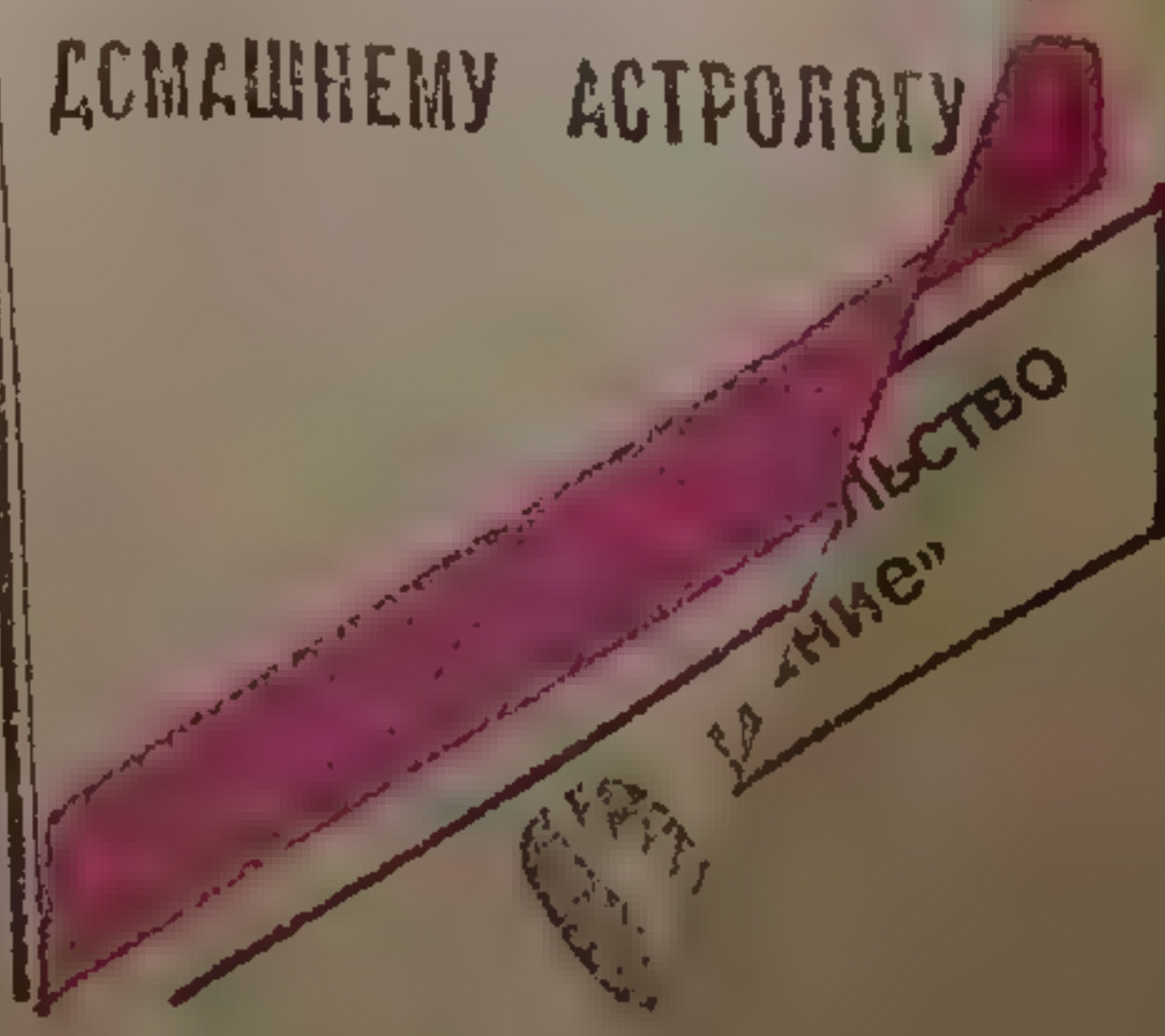
Дни большей продуктивности мышления 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 18, 24, 25, 26, 27
Дни меньшей продуктивности мышления 7, 9, 14, 15, 28

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий 2, 4, 5, 18, 19
Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 1, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 27, 28
Дни повышенной азартности 7, 8, 9, 12, 13
Дни повышенного бытового и производственного травматизма 7, 8, 9, 10, 16, 17, 21, 28

В выпуске читайте:

О ПРЕОДОЛЕНИИ НЕДУГОВ —
БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ
ЗАОЧНАЯ ШКОЛА ПАЦИЕНТ
ДОМАШНЕМУ АСТРОЛОГУ



ББК 54.18

О-62

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Прогноз «Твое здоровье»

М. ЛЕВНИН, Т. МИТЯЕВА, Февраль (1)

Слово в читателю (3)

Стратегия профилактики

Л. АНДРЕЕВА. Лечат балльные танцы на льду (3)

Энциклопедия «Твое здоровье»

В. БЛАГОВ, М. РУКНІН. Травмолечение: болезни суставов (4)

Читателю на заметку

О возможностях самоконтроля в прогнозе (16)

Зачная школа пациента

Г. ЗЕФИРОВА, А. АМЕТОВ. Сахарный диабет: диабетическая слона (28)

Домашнему астрологу

М. ЛЕВНИН. Потенцил рождения (30)

Редактор В. АЛГУЛЬЯН

О-62

Опора и движение: преодоление недугов. —
М.: Знание, 1990. — Вып. II. — 32 с. — (Нар. ун-т.
Факультет «Твое здоровье»; № 1).

ISBN 5-07-000835-8

20 к.

Основу выпуска составляют научно-популярные статьи:
Л. А. Андреевой «Лечат балльные танцы на льду», Г. Зефирова
и А. Аметова «Диабетическая стопа», М. Б. Левнина «По-
тенцил рождения». В рубриках — травник для лечения болез-
ней суставов.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4103340700

ББК 54.13

На первой стороне обложки:
рисунок Павла ФИЛИППОВСКОГО

На развороте (с. 16): рисунки М. ЗЛАТКОВСКОГО,
В. ПЕСКОВА, К. КОПЕ

В тексте: репродукции живописи САЛЬВАДОРА ДАЛИ,
ксилографии 1596 года, юмористические рисунки В. ДУБОВА,
М. ЗЛАТКОВСКОГО, П. ФИЛИППОВСКОГО, А. ПАШКОВА,

Художники-оформители:

П. ХРАМЦОВ,
В. КОНЮХОВ,
Т. ЧИРКОВА,
А. ЯРИН

Мл. редакторы Е. Гродко, Л. Щербакова

Худож. и техн. редактор П. Храмцов

ИБ № 10754

Сдано в набор 19.01.90. Подписано к печати 01.02.90. Формат
бумаги 60×81 $\frac{1}{8}$. Бумага газетная. Гарнитура обыкновенная.
Печать высокая. Усл. печ. л. 4,00. Усл. кр.-отт. 6,00. Уч.-пзд.
л. 4,83. Заказ 6017. Цена 20 коп.

Тираж 8137 000 экз.

8-9-10-й заводы по 500 000 экз. (3 500 001—5 000 000 экз.)

Издательство «Знание», 101825, ГСП, Москва, Центр, проезд
Серова, д. 4. Индекс заказа 905301.

Типография ордена Трудового Красного Знамени издатель-
ско-полиграфического объединения ЦК ВЛКСМ «Молодая
гвардия». Адрес ИПО: 103030, Москва, К-30, Сущенская ул.,
д. 21.

© Издательство «Знание»,
«Твое здоровье» 1990 г.

ISBN 5-07-000835-8

Слово

к читателю

Итак, наступил 1990 год, и мы приветствуем наших постоянных и новых читателей — всем 8 миллионам 137 тысячам подписчиков желаем успехов в укреплении здоровья, плодотворной жизни! Новый год принес много неожиданного.

Популярность издания обернулась увеличением числа подписчиков более чем на 5 миллионов человек, а это оказалось причиной ломки сложившегося типа издания. Парадоксально, но факт. Все дело в том, что не нашлось полиграфических мощностей — станков с офсетной печатью.

Будем перестраиваться на ходу. Будем искать все возможности сохранить и развить то, чем дорожит наш читатель. Напоминаем, что основная задача наших выпусков — дать читателю практическое руководство по оздоровлению и восстановлению здоровья собственного и своих детей, помочь людям разных возрастов и профессий овладеть основами профилактики и реабилитации в домашних условиях под контролем врача.

Издательство «ЗНАНИЕ»

Стратегия профилактики

Л. Андреева

ЛЕЧАТ БАЛЬНЫЕ ТАНЦЫ НА ЛЬДУ

К сожалению, в последние годы на катках преобладают занятия спортивными танцами на льду, и вовсе исчезла массовость на катках фигуристов, так как спортивные танцы требуют больших пространств. Вершина мастерства отдельных фигуристов, наших мастеров, это их произвольный или показательный танец. Выполняя определенный рисунок танца, рассчитанный на всю ледяную площадку, пары сталкиваются друг с другом, мешают одна другой. Это мы можем наблюдать даже на экранах телевизоров во время разминки. Всего пять пар на катке и им не хватает места! Разве при таких условиях можно мечтать о массовости?

Мы же вспоминаем о балах фигуристов, которые проходили, например, в ЦИКиО им. Горького, когда все фигуристы Москвы и Подмосквы собирались здесь. Выполняли мы тогда бальные танцы на льду, 100-150 человек на одном катке, и всем хватало места! Эти танцы не требуют больших пространств, исполняются они по примерному рисунку, причем танцующие всегда могут объехать медленно идущую пару, ни с кем не сталкиваясь. При этом создается хорошее, доброжелательное и веселое настроение. Никто никому не мешает, все получают удовольствие. Музыка поддерживает хороший эмоциональный настрой у танцующих. Свежий воздух румянит щеки.

Да и возраст танцующих мало играет роль, так как все движения при исполнении бальных танцев на льду естественные. Поэтому ими могут заниматься все желающие. Конечно, определенные усилия для того, чтобы научиться красиво танцевать, приходится приложить каждому, но это нужно только захотеть! И тогда занятия бальными танцами захватит человека целиком и помогут на многие годы сохранить его здоровье. Более того, некоторые бальные танцы на льду можно использовать в качестве лечебной физкультуры больным.

Известно, что полезно одному, может оказаться вредным для другого. Поэтому, предлагая собственную методику лечебной гимнастики в виде занятий бальными танцами на льду для профилактики и лечения ряда ортопедических заболеваний, разбирая отдельные моменты физиологического воздействия этих физических упражнений на организм в целом и на его системы, сообщаю и о противопоказаниях к их применению.

МОЙ ЛИЧНЫЙ ОПЫТ

Еще будучи на втором курсе медицинского института, я серьезно занималась и спортивной гимнастикой. Однажды сильно повредила свой коленный сустав: не могла разогнуть ногу, затем развилась сгибательная контрактура, появилась хромота. И все же увлеченная гимнастикой, я продолжала заниматься, хотя мне очень мешали боль в суставе и контрактура. Пошение наколенника не помогало, но со временем контрактура исчезла. Оставалась неустойчивость в суставе.

Даже при небольшой массе тела (40-42 кг) я многократно получала дополнительные травмы сустава, но при этом научилась самостоятельноправлять поврежденный мениск и тут же продолжала занятия. Никакая сила не могла заставить меня покинуть зал, казалось, в гимнастике сосредоточена вся моя жизнь. Спустя два года,

АНДРЕЕВА Людмила Александровна — кандидат медицинских наук, врач-эксперт специализированной травматологической ВТЭК № 2 г. Москвы, специалист по реабилитации ортопедических больных в госпитальных и домашних условиях. Впервые в стране разработала для до- и послеоперационного лечения больных спондилолистезом методики подводного вытяжения, лечебной гимнастики и массажа, а также метод снятия болевого синдрома при спондилолистезе и остеохондрозе позвоночника на вынужденной доске собственной конструкции. Автор 30 научных работ, преподавала ЛФК и массаж в ЦИИИФ и в училище повышения квалификации среднего медицинского персонала по спортивным танцам на льду. Вела общественную работу в госпитале инвалидов Отечественной войны.

В. И. Благов

М. Д. Рукин

ТРАВЛЕНИЕ: БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ

А

1. АДОНИС ВЕСЕННИЙ (травя). 7 г сухой травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час; процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день. Применяется при ревматических болях в суставах и мышечной системе, при простуде и как хорошее сердечное средство. Детям назначают по 1/2—1 чайной ложке 3—4 раза в день.

2. АРБУЗ СЪЕДОБНЫЙ (плод). Мякоть арбуза весьма полезна для больных артритом, подагрой и т. д.

3. АРНИКА ГОРНАЯ (цветочные корзинки). Наружно водочный настой цветочных корзинок употребляют в виде компрессов и припарок при ревматизме, подагре и люмбаго (простреле).

Б

4. БАГУЛЬНИК БОЛОТНЫЙ (травя). 1 чайную ложку травы на 2 стакана остуженной кипяченой воды. Настоять в закрытом сосуде 8 часов, процедить. Принимать по 1/3—1/2 стакана 4 раза в день при ревматизме (мышечном и суставном), подагре, болях в ногах, простудных заболеваниях, артритах.

2 столовые ложки измельченной травы багульника с 5 ложками подсолнечного масла настоять 12 часов в закрытом сосуде на горячей плите (изредка помешивая), процедить. Употреблять как наружное втирание при ревматизме, подагре, эндартериите.

5. БАДАН ТОЛСТОЛИСТНЫЙ (корни). 1 столовую ложку измельченных корней на 1 стакан кипятка. Кипятить 20 мин. на малом огне. Настоять, укутав, 30 мин, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день при суставном ревматизме, ревматических артритах.

6. БАЛЬЗАМИН, НЕДОТРОГА ОБЫКНОВЕННАЯ (травя). 1 пригоршню травы запаривают в 3-литровой кастрюле кипятком, настаивают 30 мин, процеживают в ванну. Принимают ванны при ревматических болях. Растение ядовитое, внутрь не применять.

7. БАРБАРИС ОБЫКНОВЕННЫЙ (корни). 1 чайную ложку сухих измельченных корней на 2 стакана кипятка. Настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день при ревматизме. Водочную настойку принимать по

я дожидая до того, что мне стало трудно ходить: любой камушек, любая неровность почвы вызывали смещение поврежденных менисков, и я тут же, как подкошенная, летела на землю. Вот это гимнастка, перворазрядница! Дело дошло до того, что я ни на секунду не могла забыть о своем больном суставе.

Как-то раз в кинозале, увлекшись сюжетом картины, на секунду расслабившись и забыв о колене, я вдруг неожиданно подпрыгнула, сидя на стуле (ноги мои свисали, не доставая пола), и вывихнула мениск! О ужас! Как же я буду жить дальше? Решила оперироваться, хотя раньше к врачам не обращалась. Что же, ждать инвалидности? Нет! На операции были удалены оба поврежденных мениска в левом коленном суставе, затем интенсивная разработка сустава. Через три месяца после операции я появилась на катке. К величайшему моему удивлению, кататься на коньках оказалось легче, чем ходить!

Теперь-то я понимаю, что на катке не происходит толчков при каждом шаге. Продолжая серьезно заниматься, получила первый разряд по спортивным танцам на льду и совсем забыла о своем больном суставе. Хотя, приезжая из отпуска, когда целый месяц не имела возможности заниматься на коньках, всегда ощущала боль при спуске по лестнице. И как только возвращалась на каток, об этом вскоре снова забывала.

Но мне пришлось испытать свою судьбу еще раз. Заканчивая свою диссертационную работу, после трехлетнего перерыва в спортивной жизни, я пришла на стадион в группу общей физической подготовки. К тому времени я сильно поправилась, прибавила в весе 10 кг, но у меня остался прежний азарт и тот же борцовский характер, хотя, увы, уже совсем не те физические возможности.

Естественно, за время перерыва в занятиях связки мои ослабли, и когда при одном из упражнений моя здоровая нога попала на лед, бывший под снегом, я подскользнулась и упала, подвернув здоровую ногу. Повредила мениск в коленном суставе другой ноги. Не стала ждать — знала, что будет. Быстро удалили мне поврежденный мениск, и через три месяца после операции уже была на катке. Теперь все шло по разработанному плану. У меня быстро восстановился объем движений в суставе (мышцы практически не пострадали, оставались достаточно сильными).

Так я еще раз убедилась в том, что занятия на коньках легко можно использовать как метод лечебной физкультуры для восстановления функции оперированной ноги. Известны случаи, когда фигуристы получали переломы руки, ноги, но, возвращаясь на каток, быстрее становились здоровыми. Раньше я со страхом смотрела на таких: ведь еще недавно снят гипс, а уже танцуют! Но опасения мои были напрасны: спортсмены быстро возвращались в строй.

Таким образом, в лечебной пользе занятий танцами на льду убедилась на собственном опыте, а затем, наблюдая на протяжении более тридцати лет жизнь фигуристов на катке и исследуя источники литературы, я находила подтверждение своим мыслям о положительном влиянии занятий на катке при различных заболеваниях. Сопоставив все это со своим врачебным профессиональным опытом реабилитации больных разного профиля, хочу поделиться им с читателем и надеюсь, что многие найдут для себя полезные советы и сами начнут заниматься балльными танцами на льду, увидят в этом пользу для себя и от всей души полюбят их.

ПОЧЕМУ ИМЕННО БАЛЛЬНЫЕ, А НЕ СПОРТИВНЫЕ?

Казалось бы, это вопрос предпочтения, вкуса, моды, возможностей или просто настроения. Но балльные танцы на льду, в отличие от спортивных, оказываются более естественными, более доступными широкому кругу фигуристов, не требуя виртуозности, а самые простые движения могут лечить многие ортопедические заболевания. Танцы балльные хороши после травмы и после оперативных вмешательств — для разработки объема движений в суставах, они легко совмещаются и с массовостью занятий на льду: 50—70 пар фигуристов могут одновременно танцевать на катке.

ПОЧЕМУ ТАНЦЫ КАК ЛЕЧЕБНОЕ СРЕДСТВО?

Легко регулируется физическая нагрузка на организм.

С учетом физических возможностей данного человека, его возраста легко можно подобрать танец для выполнения задач, поставленных в лечении данного больного.

При занятиях под музыку танцы оказывают благоприятное влияние на работу внутренних органов.

В результате активного общения партнеров между собой и с окружающими (фигуристами) они оказывают раскрепощающее влияние на поведение человека.

Систематические занятия балльными танцами на льду создают основу для включения данного вида лечебной гимнастики в повседневную жизнь пациента.

Балльные танцы на льду в лечении считаю заключительным этапом освоения координации движений, требующих согласованной работы нервной, мышечной и суставной систем и всех внутренних органов человека.

Хочу заверить, что, научившись танцевать на льду, вы уже не оставите каток. Эта привязанность сохраняется на всю жизнь. А что еще можно так естественно включить в образ жизни человека для постоянной коррекции его хронического недуга? Останется он дома со своими больными суставами, с контрактурами — придет к инвалидности. А благодаря же занятиям танцами на льду он продлит свою активную жизнь в обществе, сохранит работоспособность, хорошее бодрое настроение, он всегда останется молодым.

Могут ли надоесть человеку танцы на льду? Может ли он отказать от общения с друзьями? Так, в Москве и сейчас катаются на коньках две пожилые женщины, которым уже исполнилось по 87 лет: одна — капитан общества «Наука», — на искусственном катке в Сокольниках, другая — в ЦИИО им. Горького. Обе активны, доброжелательны, много читают, у них ничего не болит, в отличие от их более молодых знакомых, осевших со своими болезнями старости по домам. А ведь одна из них впервые встала на коньки в 60 лет!

Здесь мы не можем остановиться на начальных шагах фигуристов, поэтому просим читателей познакомиться с «Азбукой начинающего фигуриста» мастера спорта СССР Самсона Глязера (издательство «Физкультура и спорт», Москва, 1969 г.) — доступным практическим пособием для юных и взрослых любителей спорта, самостоятельно разучивающих элементы школьного и произвольного фигурного катания на коньках. Заметим, что в наших рисунках дано примерное расположение шагов в танцах. При выполнении их группой танцоров, пары располагаются по периферии катка — одна за другой, и создают общий рисунок данного танца. Или же по усмотрению, танцоры могут отклониться от общего рисунка и как-то изменить направление своего движения, выполняя предписанные шаги.

В нашем рассказе знакомство с методикой лечения построено так, чтобы за описанием клинической картины заболевания следовал наиболее подходящий для лечения данного недуга танец на льду. После освоения на льду рекомендуемого танца больные могут перейти к изучению остальных для расширения арсенала лечебных упражнений.

ЭТО ОТНОСИТСЯ КО ВСЕМ

Балльные танцы на льду — прекрасное оздоровительное средство. Они создают привычные циклические нагрузки, подобные при спортивной ходьбе или беге, но не предъявляют высоких требований к сердечно-сосудистой и дыхательной системам организма. Двигательная активность человека является незаменимым средством профилактики целого ряда хронических заболеваний людей среднего и пожилого возраста, таких, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, заболеваний желудочно-кишечного тракта, сахарного диабета, многих других. И занятия балльными танцами на льду позволяют эффективно поддерживать состояние здоровья и работоспособность человека среднего и пожилого возраста на довольно высоком уровне. Кроме того, использование их позволяет значительно снизить число обострений хронических заболеваний, которым подвержены лица пожилого возраста.

При сравнении эффективности занятий балльными танцами на льду с широко распространенными в настоящее время спортивной ходьбой, бегом трусцой, можно отметить благотворное влияние на организм человека занятий на коньках, здесь легко дозировать индивидуальную физическую нагрузку, особенно для людей, не слишком молодых. Это доказывает более размеренное дыхание во время выполнения балльных танцев на льду, отсутствие у танцоров одышки.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД

В зависимости от переносимости физической нагрузки на организм можно разделить людей среднего и пожилого возраста на три группы. Первая группа (основная) включает в себя практически здоровых людей, имеющих хорошую физическую подготовку, и лиц с незначительными отклонениями в состоянии здоровья, с удовле-

30 капель 3 раза в день на воду. Беременным не применять!

8. БАДЯГА, БОДЯГА (речная губка). Аптечный препарат. Порошок разводят водой до густоты сметаны и накладывают на больные места при ревматических болях. По мере высыхания смачивают. Можно натирать больные места, но пользоваться крайне редко, т. к. кожа приобретает синюшный вид с частой сеточкой мелких жилок, подвергается различным кожным заболеваниям. Можно бодягу разводить подсолнечным маслом.

9. БЕДРЕНЕЦ-КАМНЕЛОМКА (корни и корневища). 15 г корневищ с корнями на 500 г воды кипятить 15 мин, после закипания настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 1/4—1/3 стакана 3—4 раза в день до еды. Водочную настойку (1:5) принимать по 30 капель 4—5 раз в день с водой до еды. Применяется при ревматизме и подагре.

10. БЕЛЕНА ЧЕРНАЯ (лист, семя). Наружно спиртовую настойку (листья), смешивая ее с небольшим количеством постного масла, употребляют для растираний при ревматических и подагрических болях. Иногда для тех же целей спиртовую настойку подмешивают к маслу из семян белены, которое приобретают в аптеках. Осторожно — растение ядовитое!

11. БЕЛОКОПЫТНИК ЛЕКАРСТВЕННЫЙ (листья). Свежие или сухие листья обварить кипятком, завернуть в марлю и в виде горячей подушечки прикладывать к местам ревматических и подагрических болей.

12. БЕЛОКУДРЕННИК ЧЕРНЫЙ (трава). 2—3 столовые ложки травы обварить кипятком, завернуть в марлю. Подушечки употреблять для припарок при ломоте в суставах и мышцах.

13. БЕРЕЗА БЕЛАЯ, ПОВИСЛАЯ (почки, листья, сок). Спиртовая настойка. Принимать по 15—20 капель 3 раза в день с водой.

Отвар. 5 г березовых почек на 1 стакан воды. Кипятить 15 мин на малом огне. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день через час после еды. ИЛИ: 1 столовую ложку сухих листьев на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 6 часов, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2—3 раза в день.

Препараты из березы применяются при ревматизме, подагре и при различных поражениях суставов. При острых воспалениях почек и применять наружно: спиртовой настойкой из почек березы делают растирания и компрессы на больные суставы.

Сок березовый. Весной сок принимают по 1/2—1 стакану 3 раза в день как хорошее кровоочистительное средство, а также при подагре, ревматизме, артритах.

14. БЕЗВРЕМЕННОК ОСЕННИЙ (корни, семена). Ядовитое растение. Настойка клубней на уксусе. 1 часть сухих клубней (измельченных) на 12 частей уксуса. Настоять 2 недели. Применять для растираний. Спиртовая настойка. 1 часть мелко нарезанных корней на 5 частей 50—60% спирта. Настоять 2—3 недели в темном месте, изредка взбалтывая. Применять для растираний.

Препараты из безвременника содержат в клубнях и семенах кальций и другие препараты, которые в виде настоек применяются как наружное болеутоляющее средство при суставном ревматизме, подагре, невралгии. Обращаться осторожно, т. к. растение ядовитое.

15 БОЛИГОЛОВ КРАПЧАТЫЙ (листья). Ядовитое растение. Свежие листья болиголова облить кипятком, завернуть в марлю. Подушечки применять как болеутоляющие припарки при ревматизме и подагре.

16. БОРОДАВНИК ОБЫКНОВЕННЫЙ (трава). Свежие или сухие листья или траву обварить кипятком, завернуть в марлю. Горячие подушечки прикладывать к больным местам при ревматических болях и воспалительных процессах.

17. БОРЩЕВИК СИБИРСКИЙ (листья). Свежие листья облить кипятком, измельчить, завернуть в марлю. Применять в виде обезболивающих и противовоспалительных припарок при воспалении суставов и ревматических болях.

18. БРУСНИКА (ягода, лист). 1 чайную ложку листьев на полтора стакана кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить, принимать по 1/2 стакана 3—4 раза в день до еды при подагре и затяжном суставном ревматизме. Свежую, моченую и вареную ягоду употребляют при ревматизме, подагре и как мочегонное.

19. БУДРА ПЛЮЩЕВИДНАЯ (трава). 1 чайную ложку свежей травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1/4 стакана 2—3 раза в день теплого настоя. В немецкой народной медицине настой будры применяют при подагре. Наружно водный настой будры употребляют для компрессов при подагре.

20. БУЗИНА ЧЕРНАЯ (цветы, корни, ветки). 1 столовую ложку цветов на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 40 мин, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3—4 раза в день за 15 мин до еды при ревматизме, подагре, артритах, невралгиях, простуде. Ванны из отвара корней и веток употребляют при ревматизме.

21. БУКВИЦА ЛЕКАРСТВЕННАЯ (трава). 1 столовую ложку травы на 2 стакана кипятка. Настоять, укутав, 2 часа. Принимать по 1—2 столовые ложки 3—4 раза в день до еды при плохой циркуляции крови, болях в суставах, при подагре и ревматизме, при простуде.

В

22. ВАСИЛИСТНИК ЖЕЛТЫЙ ИЛИ МАЛЫЙ (корни). Отвар и настой корней используют в качестве припарок при ревматических суставных болях.

23. ВАХТА ТРЕХЛИСТНАЯ (листья). 5 г листьев на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день до еды. ИЛИ: 1/2 чайной ложки листьев на 2 стакана холодной кипяченой воды. Настоять 8 часов, процедить. Принимать по 1/3—1/2 стакана 2—4 раза в день до еды. Применяется при подагре и ревматических заболеваниях.

творительной физической подготовкой. *Вторая группа* (подготовительная) включает в себя больных людей со слабой физической подготовкой, страдающих рядом хронических заболеваний внутренних органов, выраженных нерезко, а также заболеваниями опорно-двигательного аппарата (в начальных стадиях). *В третью группу* (группа лечебной физкультуры) входят лица с различными хроническими заболеваниями внутренних органов и с физиологическими отклонениями от нормы, выздоравливающие после перенесения острых заболеваний, ряда оперативных вмешательств, травм опорно-двигательного аппарата.

Занятия балльными танцами на льду строго индивидуальны, как и в обычных занятиях лечебной гимнастикой, с учетом особенностей заболевания, общего состояния больного, его возраста, индивидуальной переносимости физической нагрузки. Такие пациенты должны приходить на каток после тщательного обследования во врачебно-физкультурном диспансере. Переносимость физической нагрузки у таких больных определяется различными функциональными пробами, проводимыми врачом врачебно-физкультурного диспансера.

Для лиц до 40-летнего возраста обычно применяется проба с 20 приседаниями за 30 сек. а для людей старшего возраста и для пожилых — более нежная проба (10 приседаний за 20 сек). Учитывается разница в частоте пульса после нагрузки и до нее (частота пульса считается за 10 с и умножается на 6).

К основной группе — при разнице не более 10 ударов в минуту, когда отмечается хорошая переносимость физической нагрузки. В основной группе разрешаются занятия балльными танцами на льду в течение 1,5—2 и более часов 3—4 раза в неделю. При разнице в частоте пульса от 11 до 20 ударов в минуту наблюдается умеренно выраженная переносимость к физическим нагрузкам. Таких мы относим ко второй группе — подготовительной, где разрешаются занятия по 1 часу 3 раза в неделю (при хорошем самочувствии). А при разнице в частоте пульса более 20 ударов в минуту, указывающей на плохую переносимость большим физической нагрузки, необходим строго индивидуальный подход. Таких больных мы относим к третьей группе. Здесь занятия проводятся в группе лечебной физкультуры по индивидуальному графику по 30—40 минут, не более 2 раз в неделю, в сочетании с занятиями в зале лечебной физкультуры.

При разнице в частоте пульса более 30 ударов в минуту (т. е. плохой переносимости физической нагрузки), мы относим также к группе лечебной физкультуры, но требуем первые занятия проводить под строгим врачебным контролем длительностью не более 20 минут 2 раза в неделю — до улучшения этих показателей, в сочетании с ежедневной дыхательной гимнастикой, проводимой дома и в зале лечебной физкультуры.

ЧТО ВАЖНО УЧИТЫВАТЬ

Хорошо тренированный человек имеет довольно редкую частоту пульса — 60—68 ударов в минуту. Физиологические пробы с исследованием переносимости физической нагрузки у больных позволяют не только правильно рекомендовать режим занятий и распределить людей по определенным группам. По динамике этих изменений мы объективно можем следить за улучшением состояния занимающихся.

Критерием правильно подобранной физической нагрузки служат при самоконтроле показатели частоты пульса, которые к концу 3-й минуты по прекращению танца должны вернуться к исходному уровню. Если же к концу 5-й минуты частота пульса превышает на 20—25 ударов исходную величину, то это свидетельствует о превышении величины допустимой нагрузки (о перетренировке). Следует в этом случае несколько дней отдохнуть, а затем начать занятия с минимальной нагрузки (с 20 минут) с последующим регулярным контролем частоты пульса.

Кроме того, допустимая физическая нагрузка для лиц пожилого возраста может быть рассчитана по частоте пульса при выполнении танца. Для этого следует остановиться, подсчитать частоту пульса за 6 секунд и умножить это число на 10. Величина ее не должна превышать числа, полученного по формуле: 180 минус число лет. Если же подсчитанная частота пульса значительно превышает это число, то нагрузка на организм при выполнении данного танца не является оптимальной. Поэтому следует подобрать более спокойный танец или выполнить часть полюболюбившегося танца, отдохнуть одну-две минуты и затем продолжить танец.

Субъективный контроль при занятии балльными танцами на льду в пожилом возрасте складывается из собственных ощущений: хоро-

Мое настроение, высокая работоспособность, спокойный сон — все это говорит о правильно выбранной величине физической нагрузки. Если же чувствуется утомление, появляются раздражительность, плохой сон, пониженный аппетит, следует дать себе несколько дней отдыха или снизить время занятий танцами на льду. Воспользоваться и возможностью отдохнуть среди дня: полежать (а еще лучше поспать) в течение 1—2 часов. Это быстро восстановит силы.

О ТАНЦАХ НА ЛЬДУ

описание шагов и позиций, их условные обозначения.

«Дуга-ролл»: свободное скольжение на одном ребре конька вперед или назад (см. *Медленный вальс, шаг 1*); на льду оставляет след в виде дуги.

Дуга с перетяжкой (~): дуга со сменой ребра конька при скольжении вперед или назад (см. *Медленный вальс, шаг 14*).

Заднее скрещение (Зх): шаг, начинающийся со скрещения ноги позади опорной — подсечка (см. *Медленный вальс, шаг 5*).

Скрещение впереди (Вх): шаг, начинающийся со скрещения ноги впереди опорной при скольжении вперед или назад (см. *Кадриль, шаг 9*).

«Шассе» (Ш): приставной шаг, на внутреннем ребре конька, начинающийся на прямой ноге, которая ставится рядом с опорной (пятка к пятке, носок к носку). (см. *Медленный вальс, шаг 6*).

Скрещенная дуга — «кросс-ролл»: дуга на наружном ребре конька, начинающаяся при глубоком скрещении ног впереди, толчком наружным ребром конька ноги, находящейся сзади.

Поворот «тройка» (З): поворот внутрь круга, например, с хода вперед на ход назад, со сменой ребра конька (см. *Медленный вальс, шаг 8*).

Поворот «скобка» (противотройка): поворот кнаружи круга с хода вперед на ход назад со сменой ребра конька (см. *Танец конькобежцев, шаг 8а*).

Поворот «крюк» (кр.): поворот вовнутрь круга, начинающийся как в тройке с хода вперед, на ход назад (со сменой фронта движения), но без смены ребра конька (см. *Падекатр, шаг 1*).

Открытый «моухоя» (Ом): поворот со сменой ноги с хода вперед на ход назад на одноименное ребро конька с отведением освободившейся от нагрузки ноги назад (открытое положение бедер); (см. *Падекатр, шаги 4—5*).

«Фонарик»: скольжение вперед или назад на внутренних ребрах конька, стоя на обеих ногах; за счет их поочередного разведения и сведения (см. *Кадриль, рис. 7*).

«Кораблик»: скольжение в сторону на двух ногах, развернутых носками кнаружи, на внутренних (см. *Кадриль, шаг 10*) или наружных ребрах коньков.

Вальсовая (закрытая) позиция: партнеры скользят, стоя лицом друг к другу, один вперед, другой назад. Плечи их параллельны. Партнер удерживает партнершу правой рукой за область левой лопатки ее. Левая ладонь партнерши находится на правом плече партнера, локоть ее лежит на правом локте партнера, отведенном в сторону. Свободные руки их соединены в кистях и отведены в сторону на уровень плеч (см. *Падекатр, шаг 7*).

Фокстротная позиция: положение рук партнеров такое же, как в вальсовой позиции, но плечи их развернуты так, что оба они скользят в одном направлении. Правое плечо и бедро партнера соприкасается с левым плечом и бедром партнерши.

Остальные обозначения на рисунках:

Прист. — приставить ногу

Остан. — остановка.

Закр. — закрытое положение ног, со скрещением бедер впереди

В стор. — шаг свободной ноги в сторону

Л — левая нога; П — правая нога; В — скольжение вперед;

Н — назад; В — внутреннее ребро конька; П — наружное ребро.

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРАВМЫ

Приведем таблицу, в которой даны сведения о том, при каких травматических повреждениях показаны занятия балльными танцами на льду. Естественно, что эти занятия могут быть начаты только с разрешения лечащего врача, чтобы не навредить себе и не нарушить процесса налаженного лечения. Балльные танцы на льду могут быть очень полезны как метод восстановительного лечения в отдаленные сроки после перелома кости (спустя 10—12 месяцев после травмы) или после оперативного лечения.

24. ВЕРБЕЙНИК МОНЕТЧАТЫЙ, ВЕРБЕЙНИК ОБЫКНОВЕННЫЙ (травы). Наружно траву употребляют для припарок при суставном и мышечном ревматизме, при воспалительных процессах суставов.

25. ВЕРЕСК ОБЫКНОВЕННЫЙ (травы). 3 чайные ложки измельченной травы на 500 г остуженной кипяченой воды. Настоять 4 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 4 раза в день при ревматизме и подагре.

26. ВЕРОНИКА ЛЕКАРСТВЕННАЯ (травы). 2 чайные ложки травы на 2 стакана кипятка, настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 4 раза в день через 1 час после еды при ревматизме, подагре.

27. ВИНОГРАД (плоды). Применяются при подагре. Настои виноградных листьев способствуют выведению из организма щавелевой кислоты.

28. ВИШНЯ ОБЫКНОВЕННАЯ (плоды). В народной медицине плоды вишни с молоком употребляются при воспалениях суставов — артритах.

29. ВОЛЧЬЕ ЛЫКО (кора, ягоды). Спиртовую настойку коры и спиртовую настойку ягод применяют как наружное раздражающее средство при хроническом ревматизме, подагре, параличах, невралгии.

30. ВЯЗ ГЛАДКИЙ, ВЯЗ РАВНИННЫЙ (кора). 2 чайные ложки на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при хроническом ревматизме, подагре, упорной ломоте суставов, простуде.

Г

31. ГАРМАЛА ОБЫКНОВЕННАЯ (травы). Отвар травы употребляют для ванн при ревматизме. Считается хорошим средством.

32. ГВОЗДИКА ТРАВЯНАЯ (травы с цветами). 1 столовую ложку травы на 1 стакан кипятка настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день при ревматических и простудных болях в суставах. Наружно настой используют в виде обезболивающего припарок.

33. ГЕРАНЬ ЛУГОВАЯ, КРОВАВОКРАСНАЯ, ЛЕСНАЯ, БОЛОТНАЯ (травы). 2 чайные ложки сухой травы на 2 стакана холодной кипяченой воды. Настоять 8 часов, процедить. Принимать глотками в течение дня весь настой при ревматизме, подагре.

34. ГОРЕЦ ЗЕМНОВИДНЫЙ (корневища). 1 чайную ложку свежих корневищ варить 10 мин в полутора стаканах воды, настоять 2 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день до еды. Применяется при подагре, ревматизме, невралгиях и как мочегонное средство.

35. ГОРЕЧАВКА ЖЕЛТАЯ (корневища с корнями). 3 чайные ложки корневищ и корней отварить 20 мин в 3 стаканах воды. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3—4 раза в день до еды при подагре, ревматизме и артритах различного происхождения. Такое же действие имеет горечавка перекрестнолистная. Заваривать так же. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день до еды.

36. ГОРИЧНИК РУССКИЙ (корни). 1 чайную ложку сухих корней на 2 стакана холодной кипяченой воды. Настоять 8 час, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3—4 раза в день за 30 мин до еды при ревматизме, подагре.

37. ГРАВИЛАТ РЕЧНОЙ (корневища с корнями). Наружно — отвар корневищ в виде ванн при суставных и мышечных заболеваниях.

38. ГРУДНИЦА МОХНАТАЯ (травы, цветы). 3—4 столовые ложки свежей травы обварить кипятком, завернуть в марлю. Подушечки прикладывать к больным местам как обезболивающее средство при ревматических болях.

39. ГРЫЖНИК ДУШИСТЫЙ (свежая трава). 3 чайные ложки свежей травы на 500 г кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3—4 раза в день холодным или теплым при ревматизме, подагре, артритах.

40. ГРУШАНКА КРУГЛОЛИСТНАЯ (листья). 2 чайные ложки сухих листьев на 1 стакан кипятка, настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1—2 столовые ложки 3 раза в день при ревматизме.

Д

41. ДЕВЯСИЛ ВЫСОКИЙ (корневища с корнями). 10 г корневищ с корнями девясила и 10 г корней лопуха отварить 20 мин на малом огне в 1 стакане воды. Настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день до еды при ревматизме. Припарки из свежих корней девясила употребляют на больные места при ревматизме.

42. ДОННИК ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ЖЕЛТЫЙ (травы с цветущими верхушками). Распаренная трава или настой из травы применяется наружно в виде ванн, компрессов, припарок, при ревматических опухолях, подагрических поражениях, суставов, простуде ног, воспалении и затвердении молочных желез.

43. ДУРНИШНИК ОБЫКНОВЕННЫЙ (растение целиком). 1 столовую ложку травы на 1 стакан кипятка. Кипятить 10 мин, процедить. Или: настоять 1 час, не кипятя, и процедить. Принимать по 1 столовой ложке 4—5 раз в день при ревматизме.

44. ДУШИЦА ОБЫКНОВЕННАЯ (травы). Наружно душицу применяют для ванн, сухих и влажных компрессов при ревматических и других болях.

45. ДЫНЯ ОБЫКНОВЕННАЯ (плоды). Дыню применяют при ревматизме, подагре и как мочегонное средство. Излишнее употребление дыни может вызвать понос и резь в кишечнике.

46. ДЯГЕЛЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ (корневища и корни). Спиртовую настойку (1:5) корневищ употребляют для натираний при ревматизме, подагре, мышечных болях.

Е

47. ЕЛЬ ОБЫКНОВЕННАЯ (хвоя). Настои хвой употребляют для ванн при ревматических, радикулитных и других болях.

Когда лечат танцы на льду

Вид ушиба	Диагноз	Показания	Цель занятий	Примечания
Танцы на льду, элементы школы и произвольного катания	Ушиб мягких тканей туловища и конечностей	Местная болезненность, гематома в области мягких тканей	Улучшить общее и местное кровообращение. Ускорить рассасывание гематомы. Устранить местные боли	Противопоказания: наличие кратковременной потери сознания, головной боли, рвоты. Открытая рана. Повышение температуры тела
То же	Контрактура сустава после сросшегося перелома костей конечностей	Ограничение объема движений. Атрофия мышц. Нарушение координации движений	Увеличить объем движений в суставе. Укрепить пострадавшие мышцы. Тренировка координации движений	На сроках не менее 10—12 месяцев после перелома при наличии костной перестройки на рентгенограмме, по разрешению врача
» »	Неосложненный компрессионный перелом тела грудного или поясничного позвонка	Слабость мышечного корсета туловища	Укрепить мышцы спины и живота. Тренировка правильной осанки	Через год после травмы при восстановлении структуры тела позвоночника, судя по рентгенограмме
» »	Остаточная контрактура в коленном суставе после менискоэктомии	Умеренные ограничения объема движений в суставе. Слабость четырехглавой мышцы бедра	Восстановить объем движений в суставе. Укрепить четырехглавую мышцу бедра	При отсутствии повышения местной температуры и отека сустава

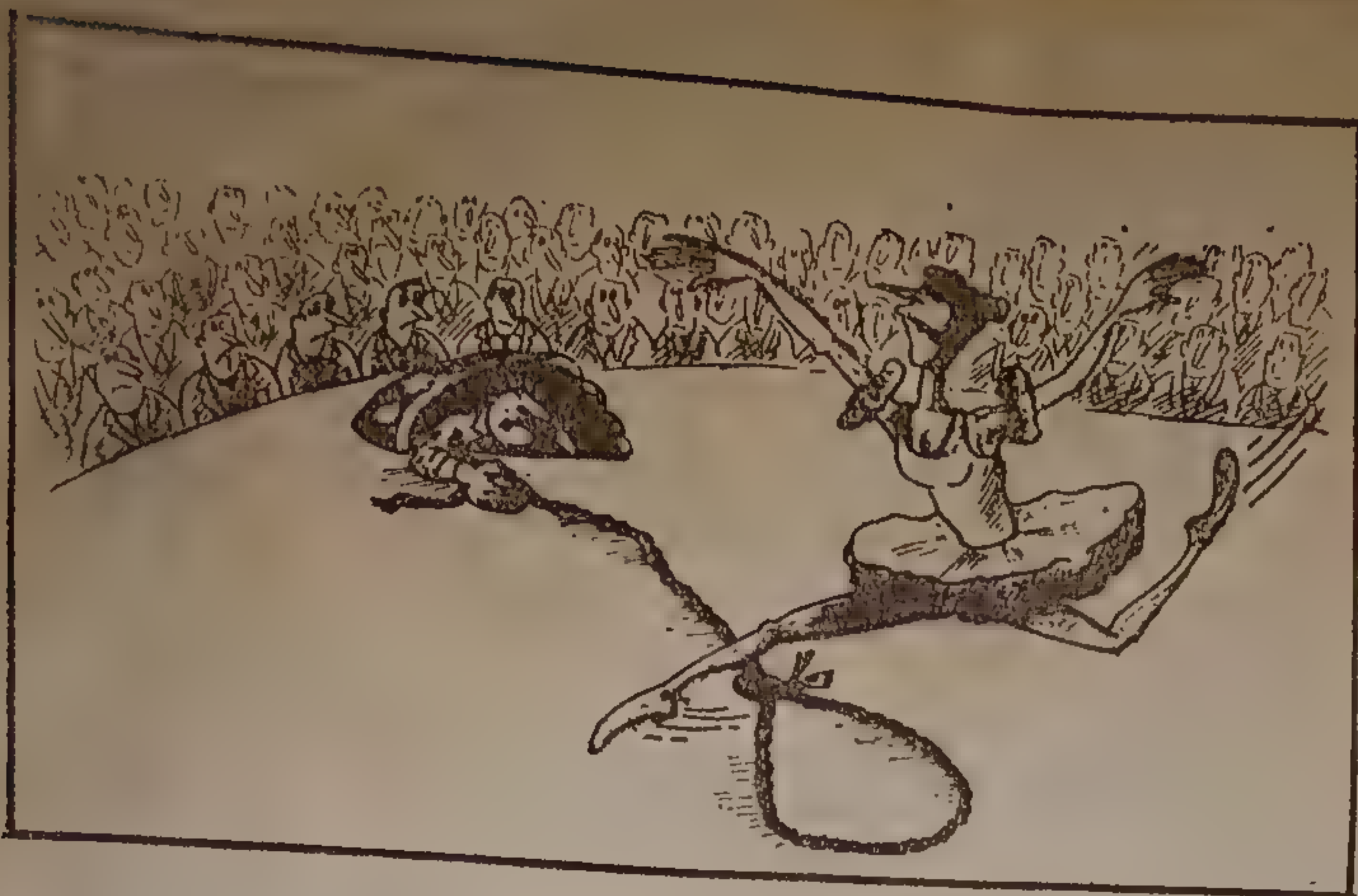
ЕСЛИ ПРОИЗОШЕЛ ПЕРЕЛОМ

Классификация травматических повреждений костной системы очень многообразна, здесь играет роль и патогенез перелома, его локализация, повреждающий фактор и т. д. Остановимся на некоторых моментах, которые имеют значение в процессе заживления перелома кости. Так, после перелома играет важную роль положение отломков. Перелом без смещения отломков, естественно, срастается быстрее, чем смещением их. Имеет значение количество поврежденных костей: перелом одной кости срастается легче и быстрее, чем перелом множественный, при котором требуется от организма мобилизация всех репаративных возможностей. Оскольчатые переломы также срастаются значительно труднее, чем перелом кости в одном месте.

Различаются переломы неосложненные и осложненные (инфекцией, сдавлением, отеком, повторными смещениями отломков и т. д.), что естественно на много времени задерживает выздоровление.

Клиническая картина перелома: внезапная резкая боль, невозможность пользоваться конечностью, отек мягких тканей, иногда видимая на глаз деформация — нарушение оси конечности. При обследовании больного с подозрением на перелом обязательны рентгенометоды, позволяющие определить стояние отломков, от которого зависит дальнейшее лечение больного. При наличии смещения отломков производится репозиция — совмещение их. Репозиция может быть ручной, быстрой или длительной, постепенной с помощью специальных аппаратов и даже оперативным путем.

Следующий момент в лечении перелома заключается в хорошей иммобилизации, для чего применяется чаще всего гипсовая повязка или тот же аппарат Илизарова на период, пока срастутся сломанные



кости. Когда перелом сросся и это подтверждено клинически (отсутствие боли на месте перелома) и на рентгенограмме (наличием костной мозоли), может обнаружиться, что многие суставы, которые не действовали, будучи в гипсовой повязке, имеют теперь значительные ограничения объема движений. Поэтому больным назначают занятия в кабинете лечебной физкультуры — для восстановления функции сустава.

Конечно, лечебная гимнастика назначается и в ранние сроки, когда конечность находится еще в гипсовой повязке, но этого оказывается недостаточно для суставов. Поэтому еще длительное время производится разработка движений в суставах после снятия иммобилизации, вначале осторожная, а затем более интенсивная. Здесь используются и физиотерапевтические процедуры, и занятия в ванне или в бассейне. Но все же иногда сохраняются ограничения движения, контрактуры), которые требуют настойчивого продолжения лечения и, главное, активности самого больного.

Несмотря на интенсивное восстановительное лечение, у ряда больных после перелома костей конечности или позвоночника, сохраняется слабость мышц, боли в суставах, иногда нарушение координации движений. Эти явления мы иногда наблюдаем и в отдаленные сроки, когда уже кость на месте перелома перестроилась и на рентгенограмме едва видны следы его. А больных все еще продолжают беспокоить боли в суставе, к вечеру появляется отечность мягких тканей, сказывается слабость мышц, неточная координация движений. Вот здесь на помощь больному и могут прийти занятия балетными танцами на льду.

Это не значит, что все поголовно больные после переломов костей конечности должны прийти на каток, но известно, как быстро вступают в строй, когда приходят на каток те, кто катался на коньках. После оперативных вмешательств на суставах тоже можно вос-

Медленный вальс

Партнер				Партнерша		
№ шага	Название шага	Ребро	Счет	Название шага	Ребро	Счет
1	Дуга	ПВВ	1, 2, 3	То же		
2	Дуга	ЛВВ	1, 2, 3	» »		
3	Дуга	ПВВ	1, 2, 3	» »		
4	Дуга	ЛВВ	1, 2	» »		
5	Зх	ПВВ	3	» »		
6	Шассе	ЛВВ	1, 2, 3	» »		
7	Кросс-ролл	ПВВ	1, 2, 3	» »		
8а)	Дуга	ЛВВ	1, 2, 3	Тройка	ЛВВ-3	1, 2, 3
б)	Дуга	ПВВ	1, 2, 3			
9	Тройка	ЛВВ-3	1, 2, 3	Дуга	ПВВ	1, 2, 3
10	Дуга	ПВВ	1, 2, 3	Тройка	ЛВВ-3	1, 2, 3
11	Тройка	ЛВВ-3	1, 2, 3	Дуга	ПВВ	1, 2, 3
12	Дуга	ПВВ	1, 2, 3	Тройка	ЛВВ-3	1, 2, 3
13а)	Дуга	ЛВВ	1, 2	Дуга	ПВВ	1, 2, 3
б)	Шассе	ПВВ	3			
14	Дуга	ЛВВ	1, 2, 3	Дуга	ЛВВ	1, 2, 3
			1, 2, 3			1, 2, 3

Ж

48. ЖЕЛТОФИОЛЬ САДОВАЯ (цветки). Подсолнечное масло, настоенное на свежих цветках желтофиоли употребляют для натираний при ревматических и подагрических болях.

49. ЖИВУЧКА ЖЕНЕВСКАЯ (травя). 2 чайные ложки травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутать, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при ревматизме и простуде.

З

50. ЗАЯЧЬЯ КАПУСТА (травя). Припарки из свежих и сухих распаренных листьев уменьшают боли в суставах при ревматизме и простудных заболеваниях.

51. ЗВЕЗДЧАТКА СРЕДНЯЯ, МОКРИЦА (травя). 1 столовую ложку травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутать, 4 часа, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день до еды при артритах, подагре.

52. ЗВЕРОБОЙ ПРОДЫРЯВЛЕННЫЙ (травя). 10 г сухой травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутать, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 2—4 раза в день после еды. Спиртовую или водочную настойку травы зверобоя принимать по 30 капель с водой 3 раза в день после еды при ревматических заболеваниях.

53. ЗЕМЛЯНИКА ЛЕСНАЯ (ягода). Свежие ягоды принимают в больших количествах как хорошее средство при подагре.

54. ЗМЕЕГОЛОВИК ТИМЬЯНОЦВЕТКОВЫЙ (травя). Припарки из распаренной травы используют при ревматических болях.

55. ЗОЛОТАЯ РОЗГА, ЗОЛОТАРНИК (травя). 2 чайные ложки травы на 1 стакан остуженной кипяченой воды. Настоять 4 часа, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день до еды при ревматизме, подагре.

И

56. ИВА БЕЛАЯ, РУССКАЯ (кора). 1 чайную ложку сухой коры на 2 стакана остуженной кипяченой воды. Настоять 4 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2—4 раза в день до еды. Порошки коры ивы принимать по 1 г 3 раза в день до еды. Применяется при суставном ревматизме, подагре.

К

57. КАПЕРСЫ КОЛЮЧИЕ (корни). 2 чайные ложки сухих корней варить 10—15 мин в 1 стакане воды. Настоять, укутать, 30 мин, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при простудной и ревматической помощи.

58. КАПУСТА ОГОРОДНАЯ. Капусту употребляют при подагре в виде салатов. Сырые листья, приложенные к больным местам, уменьшают подагрическую боль и воспаление в боку.

59. КАШТАН КОНСКИЙ. 20 г цветов настаивать 2 недели в 95% спирта или водки. Настойку применяют как растирание при ревматических, подагрических и артральных болях.

60. КИЗИЛ (корни). 1 чайную лож-

44. чайной заварить 15 мин в 1 стакане воды. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день при ревматизме.

61. КИРКАЗОН ЛАПОНОСОВИДНЫЙ (корни). 1/4 чайной ложки травы на 1 стакан остуженной кипяченой воды. Настоять 8 часов, процедить. Принимать по 1/4 стакана 2—3 раза в день при подагре и мышечных болях.

62. КЛЕВЕР ЛУГОВОЙ ЛИЛОВО-КРАСНЫЙ (цветы, цветочные головки и листья). 3 чайные ложки цветочных головок с прилистниками на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день за 20 мин до еды при простудных и ревматических болях. Наружно настой и отвар цветочных головок употребляют как смягчительное, противовоспалительное и болеутоляющее средство в виде припарок при ревматических болях. То же самое действие оказывают остальные виды клевера при приеме внутрь.

63. КЛОПОГОН ДАУРСКИЙ (корневища с корнями). 1 часть корневищ с корнями настаивают 7 дней на 5 частях 70° спирта. Принимать по 20 капель 3 раза в день на воде при ревматизме, невралгии.

64. КОЗЕЛЕЦ ПРИЗЕМИСТЫЙ (корни). 1 столовую ложку сухих корней варить 10 мин в 1 стакане кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при подагре.

65. КОРОВЯК, МЕДВЕЖЬЕ УХО (цветы). 50 г цветов настаивать 2 недели в 0,5 л водки или 70° спирта. Спиртовую или водочную настойку используют для втираний как обезболивающее средство при ревматических, артритических и особенно нервных болях.

66. КРАПИВА ДВУДОМНАЯ (листья). 1 столовую ложку сухих листьев на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день за 30 мин до еды.

Применяется при остром суставном ревматизме, мышечном ревматизме, подагре. В народе часто для лечения ревматизма и радикулита и при других болях крапиву используют в све-

жем виде наружно, нанося свежесорванными побегами легкие удары по болезненным участкам или, перемешивая их с ветками березы, парят этими вениками в бане.

67. КРАСНОДЕВ ЖЕЛТЫЙ ИЛИ КРАСНЫЙ (растение целиком). 1 столовую ложку на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при ревматизме.

68. КРАСНЫЙ СТРУЧКОВЫЙ ПЕРЕЦ (плоды). Наружно спиртовую настойку плодов стручкового перца в смеси с подсолнечным маслом употребляют при ревматизме как сильно раздражающее кожу отвлекающее средство.

69. КУБЫШКА ЖЕЛТАЯ (цветки). Настой цветков употребляют для ванн и обмываний как наружное болеутоляющее средство при ревматизме.

70. КУПЕНА ЛЕКАРСТВЕННАЯ (корневища). Отвар корневищ используют в виде обмываний, примочек,

используемых занятиями на льду для укрепления мышц конечностей и увеличения объема движений в суставах, восстановления координации движений. Это и эффективная общеукрепляющая и закаливающая процедура.



Музыка медленного вальса сама по себе многое говорит о характере этого танца. Мы слышим в ней регулярно повторяющиеся, следующие друг за другом три удара, из которых первый заметно акцентируется. Размер $\frac{3}{4}$. Темп умеренный.

Технические особенности. Первые семь шагов танца выполняются партнерами совершенно одинаково. В основном танец состоит из спокойных, но довольно крутых дуг, медленных и быстрых поворотов тройкой. Последний шаг — дуга левая вперед-наружу с переменной в конце ее наружного ребра на внутреннее (перотяжка), которая совершается за счет скрещивания сзади выпрямленной свободной ноги и умеренного наклона туловища вправо.

Техника выполнения семи первых шагов танца. Три трехсчетные дуги на внутреннем ребре конька с четкой фиксацией вперед выпрямленной, освободившейся от нагрузки ноги (шаг 1: дуга правая вперед-внутрь; шаг 2: дуга левая вперед-внутрь; и шаг 3: дуга правая вперед-внутрь). Шаги 4, 5, 6: дуга левая вперед-наружу на два счета, правая вперед-внутрь из скрещивания сзади (подсечка) на один счет и шассе (левая вперед-наружу), начинающееся четко от опорной ноги, на три счета. Шаг 7: кросс-ролл (скрещивная дуга) — правая вперед-наружу, счет на шесть, с широким махом выпрямленной свободной левой ноги вперед. Далее партнеры выполняют неодинаковые шаги.

Шаги партнера. Шаги с восьмого по двенадцатый выполняются каждый на три счета. Шаг 8 составляют две дуги: а) левая вперед-наружу, б) правая вперед-внутрь. Шаг 9: поворот тройкой — левая вперед-наружу. Шаг 10: дуга правая назад-наружу. Шаги 11—12: повторение двух предыдущих шагов. Шаг 13 вновь состоит из двух: а) дуга — левая вперед-наружу на два счета и б) шассе — правая вперед-внутрь, начинающаяся от опорной ноги, на один счет. Последний шаг (14) представляет собой шестисчетную дугу — левая вперед-наружу со смесью ребра (перотяжкой) на внутреннее, техника выполнения которой описана выше.

Шаги партнерши. Шаг 8: поворот тройкой — левая вперед-наружу на шесть счетов. Для уверенного удержания внутреннего ребра конька, на остаточной дуге назад-внутрь, после поворота необходимо присесть, с четким выведением свободной правой ноги вперед. С девятого по тринадцатый шаг — каждый на три счета. Шаг 9: дуга — правая назад-наружу. Шаг 10: поворот тройкой — левая вперед-наружу. Шаг 11: вновь дуга — правая назад-наружу. Шаг 12—13: повторение двух предыдущих. По-

следний шаг (14) точно такой же, как у партнера: шестисчетная дуга — вперед-наружу с перетяжкой (сменой ребра) на внутреннее. Танец начинается с фокстротной позиции тремя внутренними дугами (шаги 1, 2, 3), скрещенным тассо (шаги 4, 5, 6), переходящим в кросс-позу — правая вперед-наружу (шаг 7). На шаге 8, после поворота партнерши тройкой, партнеры занимают вальсовую позицию. На шаге 13 шага 14 с перетяжкой (сменой ребра конька с наружного на внутреннее) создает наиболее благоприятное положение для перехода к началу танца.

ЗАНИЯТИЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КАК БЫТЬ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ

От правильной осанки ребенка во многом зависит состояние его здоровья, сила, ловкость, выносливость, а также настроение. Использование регулярных занятий на коньках помогает ребенку приобрести правильную осанку, укрепить мышцы не только ног, но что особенно важно, мышц спины, живота и грудной клетки.

Одним из активных средств профилактики нарушений осанки у детей, связанных в основном со слабостью мышечного аппарата, несомненно служат занятия на льду, и, в частности, на фигурных коньках. На первых порах это трудновато, поэтому стоит научить ребенка вначале ходить на лыжах, затем поставить его на двухполосные коньки и только после этого делать из него фигуриста. Это вытекает из необходимости постепенного обучения ребенка необычному для его координации движению — при скольжении на коньках вперед или назад.

В этом мы убедились на горьком опыте. Мне, страстной фигуристке, очень не терпелось поставить своего любимого племянника на фигурные коньки. Казалось, он так мечтает об этом. Еще в 2—2,5 года, когда мы с ним брали с собой малюсенькие лыжи, конечно, без палок (они нам мешали) и шли кататься на снежные горки, ему было страшно весело, интересно. Хотя потом обоим и попадало дома за мокрые рукавицы, пальто, шаровары и шапку, в общем, за все мокрое вместе.

В 4,5—5 лет, как только нашлись фигурные ботинки на его ножку, мы с ним торжественно пошли на искусственный каток в парк Сокольники. Каток тогда еще был открытый, очень красивый, уютный. У нас было радостное предчувствие. Наконец, мы вместе будем кататься на коньках! Сохранилась маленькая фотография — первый раз в жизни на фигурных коньках! Две взрослые тети держат с обеих сторон за руки маленького ребенка, а он с вымученной улыбкой стоит на фигурных коньках между ними. Проехали мы втроем целый круг по катку, а коньки выскальзывают из-под малыша в разные стороны: мы и не заметили, что наш счастливый мальчик страшно напуган, с ним творится что-то ужасное, в буквальном смысле слова уходит земля из-под ног. Для него это было что-то непонятное, а тете и невдомек, что он никогда не испытал раньше ощущения движения вперед, скольжения! Не понимал, что можно стоять на коньках, когда они скользят.

Это был плохой, но очень поучительный для нас урок. Мальчик не встал на коньки ни на следующий день, ни через неделю, ни через месяц и даже через год! Семь лет ему потребовалось для преодоления неслыханного страха, который он испытал, когда впервые был поставлен на фигурные коньки, будучи неподготовленным. Это, пожалуй, можно сравнить со страхом тонущего, не умеющего плавать, сброшенного с лодки в воду. Только в 12-летнем возрасте, когда все его сверстники уже давно катались на коньках, вдруг загорелся желанием доказать им (мальчишкам), что катается. Он слезно просил меня поехать с ним на каток. И я не могла понять такую в нем перемену.

Несколько воскресений мы до изнеможения катались на катке. В этой ситуации коньки мне оказались ни к чему: выходила на лед просто так, а он на коньках, хватаясь за меня со всех сторон. В основном падали и поднимались вновь или с ходу врезались в сугроб и со всего маха падали в него, — не умели остановиться. Но на третье воскресенье мальчик уже спокойно стоял на коньках, научился отъезжать от снежного сугроба, не побывав в нем. Дальше он уже освоился с коньками сам. А для тети это был урок: всего один неверный шаг вызвал негативное отношение малыша к такому прекрасному виду спорта, как коньки, как желание выйти на лед.

Для детей пяти лет количество занимающихся в группе не должно превышать 10 человек. Оптимальная длительность занятий 20 минут, частота два-три раза в неделю. Для детей 6—7 лет число занимающихся в группе может быть около 15 человек, а длительность занятий — по 25—35 минут, два-три раза в неделю. Младшие школьники, занимаясь в группе по 20 человек, могут выходить на лед 3—4 раза в неделю, длительность занятий 35—45 минут. Школьники 3—4-х классов могут заниматься также 3—4 раза в неделю, но уже двойными уроками по 1,5 и даже 2 часа, в группе по 20 человек.

Мы пытаем надежду, что в детских садах, школах и при поликлиниках будут зааниматься небольшие катки, и часть занятий будет проходить на коньках: это и подвижные игры (хоккей), и фигурное катание (школа, произвольные и, наконец, балетные танцы!), это и просто свободное сколь-

компрессов при ревматических и подагрических болях.

Л

71. ЛАВР БЛАГОРОДНЫЙ (листья). Измельченную в порошок смесь лаврового листа (6 частей) и игл можжевельника (1 часть) растереть со свежим сливочным маслом (12 частей). Полученную лаврово-можжевеловую мазь употреблять для втирания как обезболивающее, успокаивающее средство при ревматических и простудных болях.

72. ЛАБАЗНИК ВЯЗОЛИСТНЫЙ, ТАВОЛГА ВЯЗОЛИСТНАЯ (цветы). 15 г цветов на 1 литр кипятка. Настоять, укутав, 3 часа, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день до еды при ревматизме и подагре.

73. ЛАПЧАТКА ПРЯМОСТОЯЧАЯ (корневища). 1 столовую ложку корневищ на 1 стакан воды. Кипятить 15—20 мин. После закипания настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день за 30 мин до еды при подагре и ревматизме.

74. ЛАТУК ДИКИЙ, ЛУК КОМПАСНЫЙ (трава). Ядовитое растение. 1 чайную ложку травы на 3 стакана кипятка. Настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день до еды при подагре. Точно соблюдать дозировку.

75. ЛЕН ПОСЕВНОЙ (семена). 2 чайные ложки семян отварить 15 мин в полутора стаканах воды. Настоять 10 мин, взбалтывать 5 мин в бутылке, процедить через марлю. Принимать по 1 столовой ложке 4—5 раз в день при подагре и ревматизме.

76. ЛИМОН (плоды, сок). Лимоны применяют в народной медицине многих стран при самых различных заболеваниях, в частности, при остром ревматизме, подагре, ломоте и простреле (люмбаго).

77. ЛИПА МЕЛКОЛИСТНАЯ, СЕРДЦЕВИДНАЯ (цветы). 1 чайную ложку цветов на 1 стакан, кипятить. Настоять, укутав, 30 мин, процедить. Принимать 2—3 раза (1/2 стакана) в день. Цветы липы принимают внутрь при подагре, суставном ревматизме. 2—3 ложки цветов и листьев обварить кипятком, завернуть в марлю. Употреблять в качестве болеутоляющих и противовоспалительных припарок при ревматизме и подагре.

78. ЛИСТВЕННИЦА СИБИРСКАЯ (скипидар). Как наружное раздражающее средство скипидар в мазях употребляют для втирания при ревматизме, подагре, невралгии, миозите.

79. ЛОПУХ БОЛЬШОЙ (корень). 1 столовую ложку сухих корней на 2 стакана кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить, принимать по 1/2 стакана горячим 3—4 раза в день при ревматизме, подагре. Рекомендуются [А. П. Попов] для лечения ревматизма применять корень лопуха поровну с корнем девясила (20 г корней на 1 стакан кипятка). Настоять 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день. Наружно он рекомендует отвар из корней лопуха в виде согре-

Ревматический компресс не только на ревматические болезненные места, а на все туловище, особенно при упорном хроническом ревматизме.

Рекомендуется при подагре [М. А. Носаль и И. М. Носаль] чай: корни лопуха — 25 г, корневищ пиррея — 20 г, травы череды — 20 г, травы трехцветной фиалки — 30 г, травы вероники лекарственной — 20 г. Берут 40 г смеси на 1 литр воды и кипятят на малом огне 15 мин [после закипания]. Принимают по 1 стакану 3 раза в день за 30 мин до еды.

80. ЛОХ СЕРЕБРИСТЫЙ (ли ст). Распаренные листья завернуть в марлю. Подушки прикладывают к больным местам для уменьшения подагрических и ревматических болей.

81. ПУК РЕПЧАТЫЙ. Кашица свежего тертого лука употребляется наружно при ревматизме (В. П. Махалюк).

82. ЛЮБИСТОК ЛЕКАРСТВЕННЫЙ (кор н и). 5 г сухих корней поварить 10—15 мин на малом огне после закипания. Настоять, укутав, 2—3 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день за 30 мин до еды при подагре и ревматизме.

83. ЛЮТИК МНОГОЦВЕТНЫЙ (све жая тра ва). Ядовитое растение. Наружно свежую траву употребляют [прикладывают] при ревматизме, подагре, невралгических болях. Лютик ползучий употребляют также при мышечном ревматизме. Сильно ядовиты, прикладывать к телу на короткое время.

М

84. МАНЖЕТКА ОБЫКНОВЕННАЯ (ли ст). 2 чайные ложки листьев на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2—3 раза в день, подсластив, при ревматизме.

85. МАРЬЯННИК ДУБРАВНЫЙ (тра ва). Применяют марьянник в виде ванн как противоревматическое средство.

86. МАРГАРИТКА МНОГОЛЕТНЯЯ (тра ва). Наружно настой травы в виде компрессов употребляют при ревматизме и подагре.

87. МАРЕНА КРАСИЛЬНАЯ (кор не ви ща с кор н я м и). 1 чайную ложку сухих корневищ и корней на 1 стакан остуженной кипяченой воды, настоять 8 часов, процедить. Остаток залить кипятком, настоять 10 мин, процедить. Оба настоя смешать вместе. Принимать по 1/2 стакана 4 раза в день при ревматических болях в пояснице, заболеваниях суставов, детской «сухотке».

88. МАРЬ ВОНЮЧАЯ (тра ва). 2 чайные ложки сухой травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 30 мин, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день за 15 мин до еды при ревматизме и простуде. Вкус растения солоноватый, противный.

89. МАРЬ КРАСНАЯ (ли ст я). Свежие или сухие распаренные листья в виде припарок облегчают подагрические и ревматические боли.

90. МАРЬ ЦЕЛЬНОЛИСТНАЯ (тра ва). Измельченную свежую и сухую траву употребляют в виде припарок при подагрических и ревматических

Вид упражнений	Диагноз	Показания	Цель занятий	Примечания
1	2	3	4	5

Дети 5—8 лет

Сколько- ние вне- ред, на- зад. Школь- ные фигуры	Нарушение осанки	Слабость мышц туловища. Вялая осанка, сутулая спина, асимметрия плеч, отклонение туловища в сторону или назад	Укрепление мышц спины, живота, грудной клетки, конечностей. Восстановить правильную осанку. Общее укрепление организма, закалывание его	Занятия небольшими группами с учетом возраста ребенка, его физических возможностей.
Сколько- ние слоч- кой вне- ред, фо- царик, вперед, назад. Круг на наружном ребре копытка	Нарушение правильной ходьбы	Приведение передних отделов стоп	Тренировать координацию движений, наружную ротацию стоп	Восстановить правильную ходьбу ребенка при отсутствии у него заболеваний тазобедренного сустава, служащую противопоказанием для занятий на коньках (врожденные вывих бедра, болезнь Пертеса и др.)

Дети и подростки 9—16 лет

Элементы школы фигурного катания, произвольного катания.	Сколиоз I—II степени, уравновешенный, стабильные формы	Слабость мышц спины, живота. Затруднение работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Неправильная осанка	Укрепить мышцы спины, живота и конечностей. Тренировка равновесия и координации движений. Улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, увеличение экскурсии грудной клетки. Улучшение функции внутренних органов. Закаливание организма. Тренировка правильной осанки	Улучшение осанки, особенно в период интенсивного роста под наблюдением ортопеда или врача врачебно-физкультурного диспансера. Противопоказания: прогрессирующие формы, нестабильный сколиоз, когда разница роста лежа и стоя более 3 см. Эти формы встречаются в 0,6% случаев
Бальные танцы на льду	То же	То же	То же	То же
То же	Юношеский кифоз	Слабость мышц спины и живота, боли в спине, сутулость	Укрепить мышцы спины, живота и конечностей. Устранить боли в спине. Улучшить осанку	В сочетании с разгрузкой позвоночника: уменьшением части уроков, уходом ночью спать на шпите
» »	Сколиоз листовидного позвонка I—II степе-	Слабость мышц спины и живота, увеличен поясничный лордоз. Утом-	Укрепить мышцы спины, живота и конечностей. Устранить боли. Умень-	То же. Противопоказания: прогрессирующие формы ско-

	3	4	5	
ни, ста- бильный	ляемость спины и ниж- них конечпо- стей. Боли в пояснич- ной области	шить пояс- ничный лор- доз, улуч- шить осанку, координацию движений. Общеукреп- ляющее и закаливающее воздействие на организм	дилолистеза III—V степе- ни. Посттрав- матический спондилоли- стез с ослож- нениями со стороны нерв- ной системы и нарушением функции тазо- вых органов. Нестабильный спондилоли- стез с выра- женным боле- вым синдро- мом	
Взрослые люди среднего и пожилого возраста				
Бальные танцы на льду	Инволютив- ный спон- дилолистез. Стабильные формы, I— II степени	Слабость мышц спины и живота, умеренные боли в пояс- ничной области	Укрепить мышцы спины и живота, улучшить ко- ординацию движений и функцию внутренних органов	Показан отдых среди дня в положении ле- жа на шите с валиком под коленные сус- тавы. Противопока- заны: неста- бильные формы
Бальные танцы на льду	Остеохонд- роз позво- ночника	Боли в об- ласти спины. Утомляемость спины и ниж- них конечпо- стей. Боль в области шей, плечевых суставах, ограничение объема дви- жений в них	Улучшить кро- вообращение и обменные процессы в суставах конечностей и позвоноч- ника. Укре- пить мышцы спины, жи- вота и ко- нечностей. Устранить боль. Увели- чить объем движений в суставах ко- нечностей и позвоночника	Противопоказа- ния: меж- позвоночная грыжа диска. Обострение болевого синдрома. Бо- лезнь Бехте- рева
— " —	Коксартроз I—II стадии. Гонартроз I—II стадии Деформиру- ющий ар- троз голе- ноостопных суставов	Умеренные боли в сус- тавах. Огра- ничение движений. Атрофия мышц конеч- ностей	Улучшить функцию сустава, устранить болевого синд- ром, укреп- ить мышцы нижних ко- нечностей и туловища. Укреплению и закалива- ние орга- низма. Тре- пировка сердечно- сосудистой и дыхатель- ной систем. Профилактика ожирения и атеросклероза	Противопока- зания: обостре- ние болевого синдрома. III стадия за- болевания. Ревматический полиартрит в период обо- стрения забо- левания

жение на льду. Дети быстро осваивают коньки, тут уж не возникнет вопросов об отсутствии массовости на катках, здесь будут и состязания в скорости катания. Это поможет воспитанию здорового образа жизни с раннего детства.

91. МЕДВЕЖЬЯ ЖЕЛЧЬ. В народной медицине часто назначают в качестве наружного средства при ревматических болях, ишиасах, радикулитах. В этом случае предпочитают водочный настой, которым смачивают салфетку и прикладывают к больным местам. При этом иногда наблюдается раздражение кожи.

92. МЕЛИССА ЛЕКАРСТВЕННАЯ [травя]. Культивируется как лекарственное и эфиромасличное растение. Наружно применяется в виде подушек-компрессов при ревматизме.

93. МОЖЖЕВЕЛЬНИК ОБЫКНОВЕННЫЙ [ягоды]. Наружно спиртовую настойку ягод используют для втирания как оталевающее средство при ревматических и подагрических болях. Отвар ягод применяют для ванн и обмываний при подагре и ревматизме.

94. МЫЛЬНЯНКА ЛЕКАРСТВЕННАЯ [корневище с корнями]. 1 чайную ложку корневищ и корней на 1 стакан холодной воды настоять 8 часов, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 4—6 раз в день при ревматизме, заболеваниях суставов, при подагре. Точно соблюдать дозировку. Растение ядовитое.

95. МЯТА ПОЛЕВАЯ [травя]. Наружно крепкий водный настой мяты употребляют для обмываний и примочек при судорогах, ревматических и артритических болях.

0

96. ОБЛЕПИХА КРУШИНОВИДНАЯ [листья]. Припарки из распаренных листьев применяют при ревматизме и подагре.

97. ОВЕС ПОСЕВНОЙ [солома]. Отвар овсяной соломы используется для ванн при ревматизме. Иногда в этих же случаях используют отвар зеленой соломы. Из распаренной теплогорячей соломы делают «обклады» на больные места. Из крепкого отвара овсяной соломы делают припарки при болезнях костей.

98. ОГУРЕЧНАЯ ТРАВА, БУРАЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫЙ [травя]. 3 г сухих цветков или 10 г сухих листьев на 1 стакан кипятка. Настоять в закрытой посуде 5 часов, процедить, добавить сахара по вкусу. Принимать по 1 столовой ложке 5—6 раз в день при ревматических, подагрических и других болях в суставах и мышцах.

99. ОДУВАНЧИК ЛЕКАРСТВЕННЫЙ [корни]. 1 чайную ложку корней и травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день за 30 мин до еды при ревматических и подагрических заболеваниях.

100. ОЛЬХА СЕРАЯ, ЧЕРНАЯ [шишки]. 1 столовую ложку шишек на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при суставном ревматизме.

101. ОРЕХ ГРЕЦКИЙ [листья]. 1/4 кг листьев отварить в 1 л воды. Употреблять для ванн и обмываний при ревматизме, подагре.

102. ОСИНА [кора внутренняя молодых ветвей, лист]. Спиртовую настойку внутренней коры молодых ветвей с листьями (1 часть сырья на 10 частей 70° спирта) при-

печень по 25—30 капель на воду 3 раза в день при подагре и ревматизме.

103. ОСОКА (корневища с корнями). 2 чайные ложки корневищ осеки с корнями на 2 стакана холодной кипяченой воды, настоять 8 часов, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2—4 раза в день при ревматизме и подагре.

II

104. ПАНЦЕРИЯ ШЕРСТИСТАЯ, ПУСТЫРНИК ШЕРСТИСТЫЙ (верхушки с листьями и цветами). 2 чайные ложки травы на 2 стакана холодной кипяченой воды. Настоять 8 час, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2—4 раза в день при ревматизме.

105. ПАПОРОТНИК МУЖСКОЙ, ЩИТОВНИК МУЖСКОЙ (корневища). 50 г сухого или 100 г свежего корневища кипятить в 2—3 л воды. Употреблять для ванн, обтираний, примочек при ревматизме.

106. ПАСЛЕН СЛАДКО-ГОРЬКИЙ (молодые стебли с листьями). 1 чайную ложку молодых стеблей с листьями и цветками на 2 стакана кипятка, настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 1 чайной ложке 3—4 раза в день до еды при ревматических заболеваниях, невралгиях. Растение ядовитое, точно соблюдать дозировку.

107. ПАСЛЕН ЧЕРНЫЙ (цветы). 1 чайную ложку цветков на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при ревматизме. Растение ядовитое, точно соблюдать дозировку.

108. ПЕРВОЦВЕТ КРУПНОЧАЩЕЧНЫЙ (корни). 1 чайную ложку корней на 1 стакан холодной воды, кипятить 10 мин после закипания на малом огне, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при ревматизме как болеутоляющее, особенно при болях в суставах.

109. ПЕРЕСТУПЕНЬ БЕЛЫЙ (корень). Спиртовую настойку корней используют наружно в виде растираний как болеутоляющее, противоревматическое средство.

110. ПИЖМА ОБЫКНОВЕННАЯ (цветы). 1 столовую ложку цветочных корзинок на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день за 20 мин до еды при ревматизме. Наружно настой цветочных корзинок и настой листьев в виде теплых ванн и компрессов применяют как обезболивающее средство при ревматизме, подагре, болях в суставах.

111. ПИОН УКЛОНЯЮЩИЙСЯ (корни). 1 чайную ложку сухих корней на 3 стакана кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день за 15 мин до еды. Спиртовую настойку принимать по 30—40 капель 3 раза в день до еды. Применяется при ревматизме, подагре, параличах.

112. ПИХТА СИБИРСКАЯ (хвоя, камфорный спирт). Водный витаминный настой молодой хвои и почек применяют внутрь как обезболивающее средство при ревматической и простудной гомеопатии. Для этих

КАК БЫТЬ СО СКОЛИОЗОМ

Сколиотической болезнью страдает более 4—5% детского населения. Сколиоз — искривление позвоночника в сочетании с торсией (поворотом) позвонков вокруг вертикальной оси. Это чаще всего врожденное заболевание позвоночника диспластического происхождения, причиной которого является врожденное нарушение роста и костеобразования в отдельных частях позвоночника, связочно-суставного и мышечного аппарата. Патогенез развития болезни очень сложен.

В первую очередь при этом страдают межпозвонковые диски, смещающиеся в выпуклую сторону общей дуги искривления. Появляется неравномерная тяга мышц, окружающих позвоночный столб, что вызывает неравномерность распределения нагрузки на тела позвонков. Страдают зоны роста, что приводит к нарушению цилиндрического строения тел позвонков: они приобретают характерную для сколиоза клиновидную форму, наиболее выраженную на вершине дуги искривления. Кроме того, неравномерность тяги мелких и крупных мышц и изменения давления на тела позвонков приводят к скручиванию позвонков и всех его отростков.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О БОЛЕЗНИ И ЗАЯТИЯХ НА ЛЬДУ?

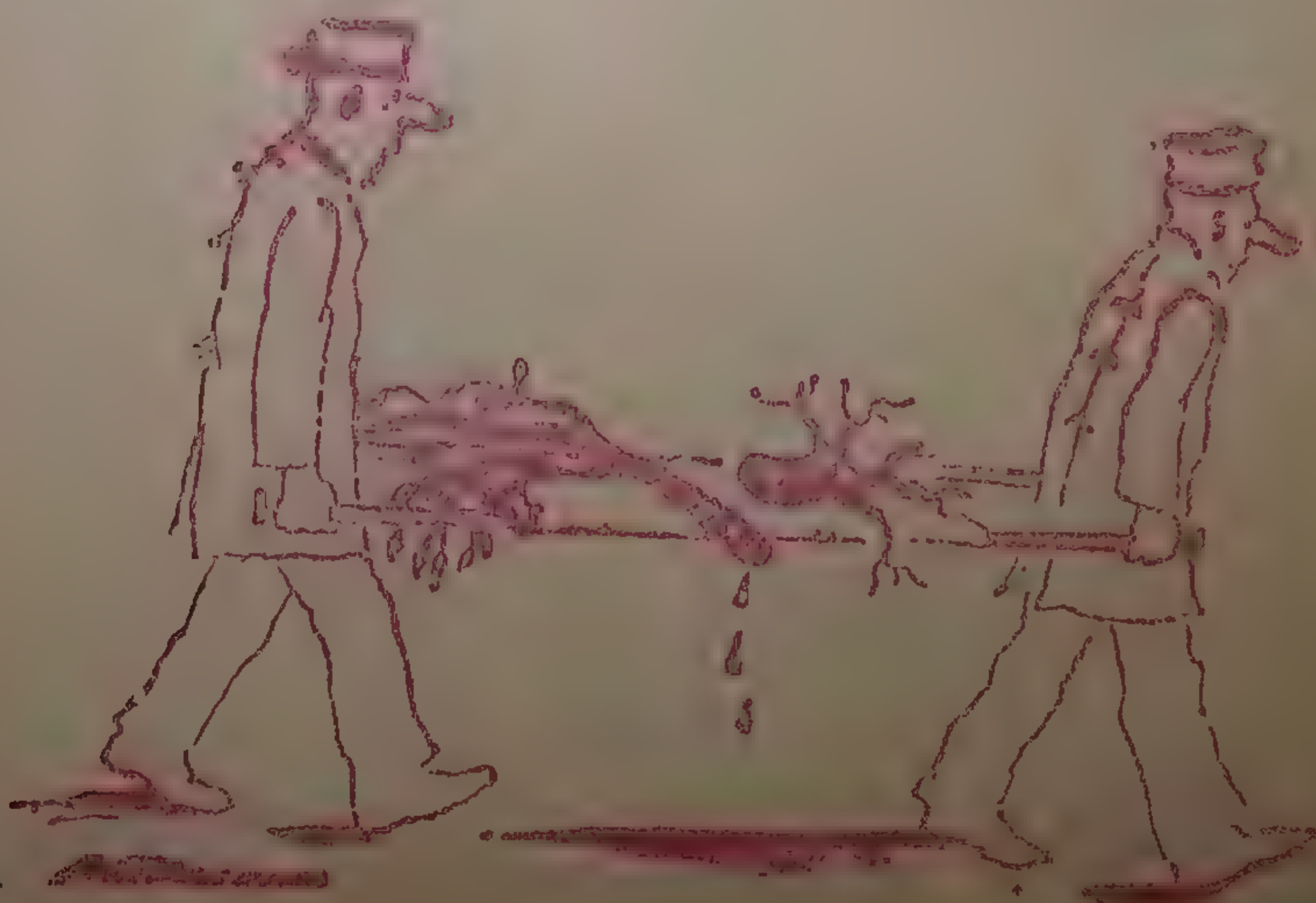
Сколиоз выявляется на рентгенограмме позвоночника (отклонение остистых отростков в ту или иную сторону от средней линии позвоночника). При появлении дуги искривления туловище отклоняется в сторону, и для сохранения вертикального положения тела в других отделах позвоночника появляется одна или две дуги, направленные в противоположную сторону от основной. Так уравнивается туловище, и общий центр тяжести тела сохраняет в основном срединное положение. Отвес при этом проходит от яремной вырезки по линии пупка или сзади — от седьмого шейного позвонка к межъягодичной складке. Это, так называемый *уравновешенный (стабильный) сколиоз*.

Такие сколиозы чаще всего выявляются в период наиболее интенсивного роста (в 10—11-летнем возрасте), при этом основная дуга искривления обычно располагается в *средне-грудном отделе* позвоночника, а дополнительная (*противоискривление*) — в *поясничном*. Пример — *правосторонний грудной, левосторонний поясничный сколиоз* (не более I—II степени). Такой сколиоз мало прогрессирует и имеет вполне благоприятный прогноз. с успехом может лечиться консервативными способами, в том числе, и балетными танцами на льду, помогающими активно тренировать правильную осанку, регулярно укреплять мышцы спины, брюшного пресса и конечностей, т. е. успешно выполнять те задачи, которые ставятся перед лечебной гимнастикой в процессе лечения заболевания.

Одновременно происходит довольно значащая постоянная тренировка функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, которые в значительной степени страдают даже при сколиозе I степени из-за деформации грудной клетки, постоянно сопровождающей искривление позвоночника, в связи с уменьшением ее объема, подвижности ребер, вследствие чего заметно сокращается экскурсия грудной клетки во время вдоха и выдоха. Так как лечебная физкультура при стабильных формах сколиоза является ведущим элементом в комплексном консервативном лечении данного заболевания, то занятия балетными танцами на льду в зимний период вполне могут заменить с неменьшим эффектом занятия корригирующей гимнастикой в зале лечебной физкультуры. Кроме того, танцы благотворно воздействуют и на нервную систему ребенка, являясь одновременно эффективным фактором закаливания его организма.

В то же время, танцы на льду могут периодически сочетаться и с занятиями в зале в разные дни недели, или в разное время дня, так как для получения наиболее благоприятных результатов лечения, подросток должен уделять физкультурным занятиям ежедневно не менее двух часов. Как же сохранить такой строгий режим занятий?

Это непременно включение в режим дня балетных танцев на льду!



...занятий естественно тренируется и координация движений развивается равномерно, несомненно нарушенное при сколиозе из-за нарушения тонуса на льду воздействуют непосредственно на один из элементов патогенеза сколиотической болезни. Занятия способствуют общему недостатку двигательной активности больных сколиозом, что крайне необходимо в период роста и развития ребенка, а также способствуют укреплению неспецифического иммунитета его организма, то есть одновременно оказывают общеоздоравливающее воздействие.

Поскольку консервативное лечение сколиоза является длительным, непрерывным процессом, начинающимся с детства и продолжающимся практически всю жизнь, то лучших занятий, чем балльные танцы на льду, вряд можно найти. В детстве — это целенаправленное лечение сколиоза, в старости — активная тренировка сердечно-сосудистой и дыхательной систем, поддержание активного здорового образа жизни, в среднем возрасте — профилактика развития раннего остеопороза, которому подвержены больные сколиозом (активное предупреждение развития раннего остеопороза у них), а в пожилом — дальнейшее поддержание на высоком функциональном уровне сердечно-сосудистой, дыхательной, суставно-мышечной систем и активная профилактика множества болезней, которым даже в обычной жизни подвержены лица пожилого возраста. Вот что такое балльные танцы на льду при сколиозе.

Следует отметить, что при шейно-грудном сколиозе, который выявляется рано — в 5—7-летнем возрасте, заболевание часто носит прогрессирующий характер, и консервативное лечение здесь бывает малоэффективным. На определенном этапе своего развития оно должно сочетаться со строгим ортопедическим режимом, разгрузкой позвоночника, а иногда даже и с оперативным вмешательством. Поэтому занятия балльными танцами на льду при таких формах сколиоза не могут полностью обеспечить положительный результат. Задачей этих занятий может служить общеукрепляющее лечение, закаливание организма и профилактика гипокинезии — недостатка движений. Для больных с таким течением сколиоза мы бы рекомендовали лучше кататься не на фигурных, а на других видах коньков, предъявляющих меньше требования к сохранению равновесия.

ЧЕГО И КАК МОЖНО ДОБИТЬСЯ С ПОМОЩЬЮ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В ВИДЕ БАЛЛЬНЫХ ТАНЦЕВ НА ЛЬДУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ?

1. Улучшения правильной осанки за счет укрепления мышц туловища и конечностей, постоянной тренировки равновесия и совершенствования координации движений.

2. Профилактики прогрессирования определенных форм сколиоза за счет создания собственного мышечного корсета и повышения стабильности позвоночного столба.

3. Улучшения функционального состояния и нормализации работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

4. Общеукрепляющее и закаливающее воздействие за счет повышения неспецифического иммунитета и закаливания организма больного.

5. В комплексном лечении сколиотической болезни занятия балльными танцами на льду на определенных этапах должны сочетаться с занятиями корригирующей гимнастикой, массажем, лечебным плаванием и физиотерапевтическими процедурами, поскольку период лечения занимает ряд лет от момента выявления заболевания до 16—17-летнего возраста, как минимум (до окончания периода интенсивного роста).

6. Постепенного, легко дозируемого по времени увеличения физического напряжения на организм больного (с 20 минут до 2-часовых занятий на льду) в строго индивидуальном подходе.

7. У больных сколиозом занятия балльными танцами на льду необходимо сочетать с последующей разгрузкой позвоночника в горизонтальном положении на жестком ложе — для более полноценного отдыха мышц. В положении лежа можно выполнять часть устных школьных уроков.

8. Занятия на фигурных коньках у больных сколиозом не ограничиваются только балльными танцами на льду, а сочетаются со специальными корригирующими (исправляющими деформацию) и детренированными (влияющими на поворот — торсию позвонков) упражнениями, показанными при стабильных формах искривления позвоночника.

Даже простое скольжение на фигурных коньках вперед или назад уже является корригирующим упражнением, так как, пытаясь удержать равновесие и сохранить центр тяжести тела над средней точкой опоры, больной вынужден выпрямить туловище. При этом растянутые и ослабленные мышцы на выпуклой стороне дуги искривления напрягаются в значительно большей степени, чем на вогнутой стороне, что способствует укреплению ослабленных мышц, улучшению осанки больного за счет выпрямления туловища.

Симметричное скольжение на коньках вперед или назад — довольно простое ритмичное естественное движение легко координируется больным и становится для него одним из основных в лечении сколиоза. Большинство балльных танцев на льду включает в себя множество легких, скользящих шагов и полных простых дуг, что способствует созданию собственного мышечного корсета туловища и оказывает эффективное лечебное воздействие на сколиоз.

Занятия школы и произвольного катания на коньках, выполняемые индивидуально, в паре, а то и целой группой больных в общем танце

же целой принимают ванны из хвои (лапок). Наружно камфарный спирт или хвойное масло широко применяют для втирания при суставном ревматизме, миозите.

113. ПЛЮЩ ОБЫКНОВЕННЫЙ (листья). 1/2 чайной ложки листьев на 1 стакан холодной кипяченой воды. Настоять 1 час, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день при ревматизме и особенно при подагре.

114. ПОДБЕЛ ДУБРОВИНОЛИСТНЫЙ (листья). 2 чайные ложки сухих листьев на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3—4 раза в день при ревматизме.

115. ПОДМАРЕННИК ЦЕПКИЙ (трава). Спиртовую настойку травы или настойку на водке употребляют для втираний при ревматизме.

116. ПОДСОЛНЕЧНИК ОБЫКНОВЕННЫЙ (корзинки). Корзинки, срезаемые в период начала созревания семян, используют в народе как наружное средство для лечения ревматизма. С этой целью их режут на мелкие куски и заливают 40° спиртом, затем добавляя кусочки мыла и выставляют на солнце на 8—9 дней, после чего натирают больные места (Лекарственные растения дикорастущие, 1966).

117. ПОЛЫНЬ ГОРЬКАЯ (листья). Получаемый из травы полыни препарат хамазулен применяется при ревматизме. В народной медицине Карачаево-Черкесской АО настой травы пьют при ревматизме. 1 чайную ложку полыни на 2 стакана кипятка. Настоять 1 час, процедить. Принимать по 1—2 столовой ложке 3 раза в день за 30 мин до еды. Длительное время не пить. Курс 1 неделя. Длительное применение может вызвать судороги, галлюцинации и даже явления психических расстройств.

118. ПОЛЫНЬ ЦИТВАРНАЯ (цветочные корзинки). Эфирное масло полыни — дарминол (народное название: цитварное семя). Настой полыни и дарминол применяют как наружное обезболивающее средство при мышечном и суставном ревматизме, невралгиях и пояснице.

119. ПОРТУЛАК ОГОРОДНЫЙ (трава). 1 столовую ложку свежей травы на 1 стакан холодной воды. Кипятить 10 мин после закипания. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1—2 столовые ложки 3—4 раза в день при артритах.

120. ПРОСТРЕЛ ЛУГОВОЙ (листья). Применяется в виде холодного настоя: 2 чайные ложки измельченного сырья на 1 стакан холодной кипяченой воды. Настоять 24 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке через каждые 2—3 часа при подагре и суставном ревматизме. Так как прострел сильно раздражает пищеварительный тракт, он противопоказан при гастрите и нефритах.

121. ПЫРЕЙ ПОЛЗУЧИЙ (корневища). 2 чайные ложки корневищ на 1 стакан воды. Кипятить 10 мин. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1—2 столовые ложки 3—4 раза в день. Или 4 чайные ложки сухих корневищ на 1 стакан холодной кипяченой воды. Настоять 15

Читателю на заметку

О возможности самоконтроля и прогноза

В нашей стране появился первый опыт астрологических консультаций. Обращаются за советами и рекомендациями в случаях, когда необходимо принять важные решения в кризисных, сложных, да и в повседневных ситуациях, увидеть альтернативу, оценить перспективы и свой выбор в самых различных сферах — деловой, финансовой, интимной, душевного комфорта и физического состояния, в служебной, семейной, включая взаимоотношения с детьми, наконец, выявить время критических и благоприятных моментов.

Но как быть тем, кто не имеет возможности обратиться в астрологическую консультацию из-за того, что ее нет поблизости, или из-за стоимости очных услуг, ведь они не дешевы?

На этот вопрос отвечает опыт астрологического центра СП «ИНТЕРБЕЛ» (советско-польско-шведская фирма), свидетельствующий об успехе у населения заочных консультаций за минимальную плату.

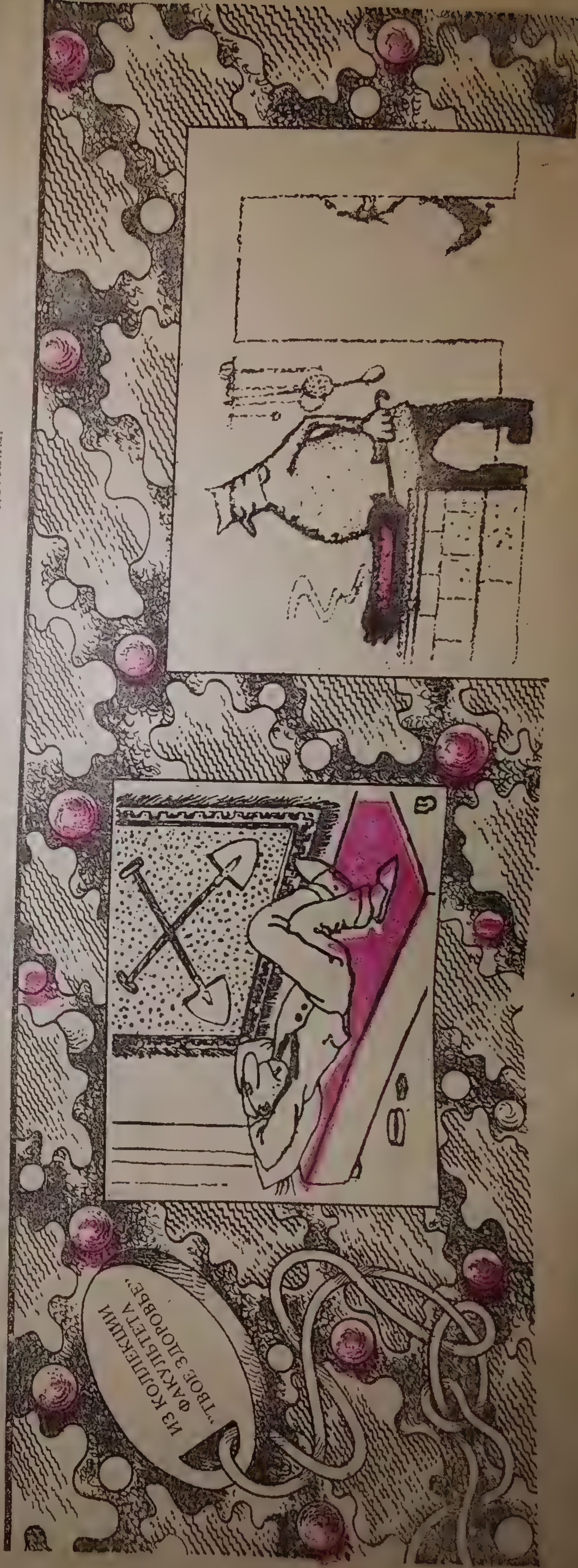
К Вашей заявке, направляемой по адресу: 129278, Москва, «ИНТЕРБЕЛ», приложите почтовую квитанцию о том, что Вы перевели по почте на расчетный счет 1700353 Сокольнического отделения Промстройбанка г. Москвы сумму для оплаты выбранной Вами услуги. И не забудьте приложить пустой конверт с написанным на нем отчетливо обратным адресом. «ИНТЕРБЕЛ» предлагает 3 вида услуг, стоимость 5, 3 и 13,5 рубля соответственно. Срок исполнения — до полутора месяцев со дня получения заявки.

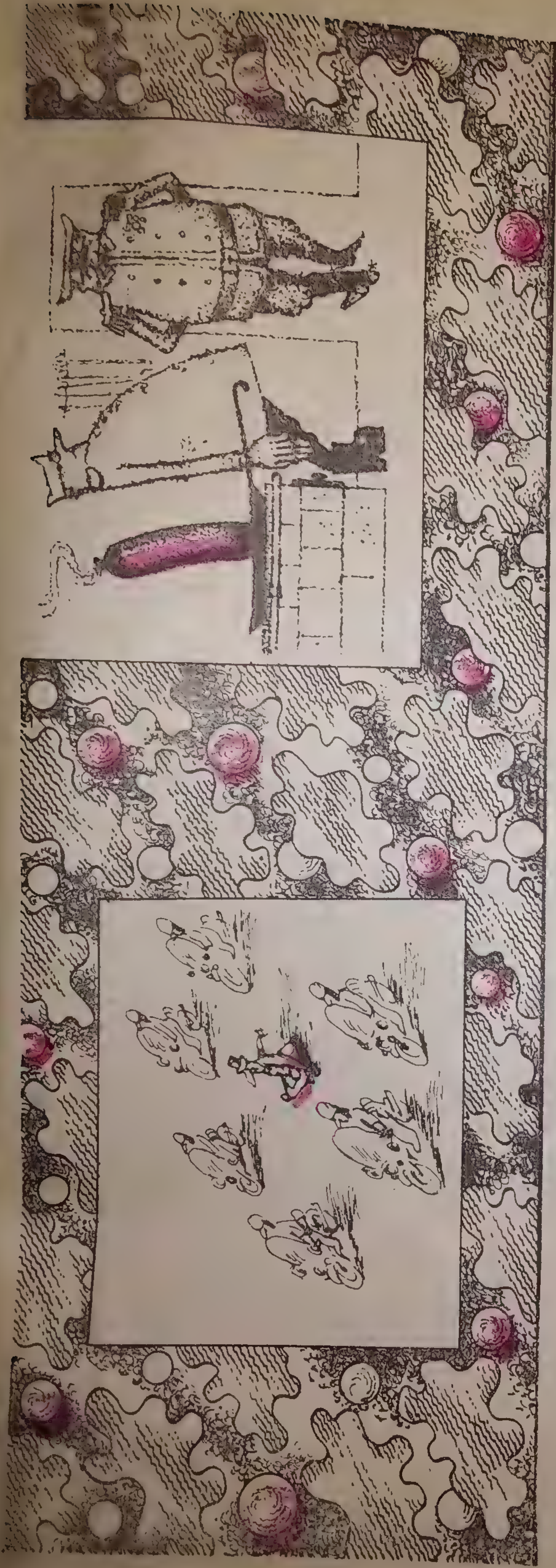
В заявке Вы указываете дату рождения (число, месяц, год) и, по возможности, час его (желательно, с точностью до минут) по местному времени.

«1990» — такую пометку Вы делаете на конверте, если заказываете первую на услугу. Это означает прогноз по месяцам на круглый год, что дает возможность планировать свою жизнь в перспективных выше сферах, контролировать поступки и при этом не игнорировать объективных условий, являющихся самым благоприятствующим моментом.

«ЕГ» — с этой пометкой на конверте Вы заказываете второй вид услуг. Это ежесуточный прогноз за один месяц — любой в текущем году, т. е. все основное для данного конкретного дня во всех перечисленных сферах жизни, с учетом поворотных событий, ожидаемых изменений на работе и в личной жизни, особенностей психофизического состояния. Если Вы закажете прогнозы на несколько месяцев (соответственно увеличив плату), гарантируется регулярное их получение за неделю до очередного месяца.

«ВГ» — заказ с такой пометкой на конверте означает, что Вам требуется индивидуальный гороскоп по канонам китайско-тибетской астрологической школы, а также психологический портрет, составленный по Вашему знаку Зодиака, наконец, совмещение Восточного и Западного гороскопов. Приписав на конверте пометку «партнер», Вы получите также астральный анализ перспектив совместной жизни, если укажете в заявке дату его (ее) рождения. Если укажете, делается на ребенка, гороскоп будет дополнен психологическим и педагогическими рекомендациями родителям.





Тем, кто не знает, как лечить наши предыдущие выпуски в Библиотека семьи, сообщаем следующие выходные данные:

Родителям — о здоровье и болезнях детей (выпуск 1). — М. : Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 1).

Работоспособность, возраст, здоровье (выпуск 1). — М. : Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 2).

Между здоровьем и болезнью (выпуск 1). — М. : Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 3).

Здоровье женщины — здоровье семьи (выпуск 1). — М. : Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 4).

Как разомкнуть порочный круг (выпуск 1). — М. : Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 5).

Когда лечит хирург (выпуск 1). — М. : Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 6).

В аннотированных карточках дается краткое содержание каждого номера. Выпуски иллюстрированы.

12 часа, процедить. Остаток корней залить стаканом кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Смешать оба настоя. Принимать по 1/3 стакана 2—4 раза в день. Применяется при ревматизме и ломоте в суставах, при подагре.

Р
122. **РЕДЬКА ЧЕРНАЯ** (корнеплод). Рекомендован (А. П. Попов) следующий состав для втирания при ревматизме. Полтора стакана сока редьки смешивают с одним стаканом чистого меда, с 1/2 стакана водки и одной столовой ложкой соли. Все хорошо смешивают. Втирают в больные места, особенно желательнее после бани перед сном, принимают внутрь по 1 рюмке этой смеси.

123. **РЕПЕЙ ОБЫКНОВЕННЫЙ** (трава). 1 чайную ложку сухой травы на 1 стакан воды. Кипятить 2—3 мин после закипания, настоять 2—3 часа, укутав, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день за 15 мин до еды, подсластив, при ревматизме. 1 чайную ложку корней на 1 стакан кипятка, настоять, укутав, 3 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день до еды при запущенном ревматизме.

124. **РЕПА ОГОРОДНАЯ** (корнеплод). Вареную растертую репу прикладывают к больным местам при подагре. С целью уменьшения подагрических болей используют для ванн отвар репы.

125. **РОДОДЕНДРОН ЗОЛОТИСТЫЙ** (листья 2-го и 3-го года жизни). 1 чайную ложку измельченных листьев на 1 стакан кипятка, настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке в теплом виде 3 раза в день. Применяется при различных подагрических и ревматических страданиях, при воспалении надкостницы и желез. Растение ядовитое, точно соблюдать дозировку.

126. **РОМАШКА АПТЕЧНАЯ** (цветочные корзинки). Наружно крепкий водный настой цветочных корзинок используют для ванн при ревматических и подагрических поражениях суставов. В этих целях применяется и ромашка безъязычковая. Рекомендован (А. П. Попов) рецепт: 50 г цветов и травы ромашки на ведро кипятка с прибавлением соли (200 г на 10 л воды). Иногда делают распаренные подушечки из цветов черной бузины и ромашки и прикладывают к больным местам при ревматических болях и подагрических опухлях, делают горячие обklady из ромашки и цветов черной бузины, политых кипятком.

127. **РЯБИНА ОБЫКНОВЕННАЯ** (плоды). 1 столовую ложку плодов на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 4 часа. Принимать по 1/2 стакана 3—4 раза в день при ревматизме. В Болгарии применяют сироп из свежих созревших плодов при ревматических болях.

128. **РЯСКА МАЛЕНЬКАЯ** (растение целиком). 1 столовую ложку чисто вымытой и измельченной ряски настаивать 3—4 суток в 250 г водки, процедить, отжать. Принимать по 15—20 капель с 2—3 ложками воды 2—3 раза в день. Вымытую, измельченную ряску смешать с ме-

можно сочетаться с корригирующими и деторсионными упражнениями. Например, при правостороннем грудном сколиозе с выраженной деформацией надплечий, когда правое плечо значительно выше левого, больной может скользнуть, с высоко поднятой вверх выпрямленной левой рукой отвести прямую правую руку в сторону на уровень плеча. Это способствует исправлению грудной дуги искривления, о чем мы можем судить по выравниванию плечевого пояса.

При левостороннем поясничном сколиозе, когда левая половина таза опущена, отведение прямой левой ноги назад при скольжении выравнивает таз, то есть уменьшает дугу искривления, наряду с укреплением растянутых и ослабленных мышц левой половины поясничной области. А легкое заведение правой ноги сзади за опорную способствует развороту таза и уменьшает торсию позвонков в поясничном отделе позвоночника. Эти упражнения выполняются в танце, при исполнении школьных фигур, кругов, дуг и т. д.

Например, спираль (скольжение в положении ласточки на левой ноге) вперед или назад служит деторсионным упражнением для левосторонней поясничной дуги искривления. А если к этому еще установить руки в вышеописанном положении, то и грудная правосторонняя дуга при этом подвергнется коррекции, что очень важно при консервативном лечении страдающих стабильными формами сколиоза. Также и «пистолетик» — скольжение на согнутой правой ноге (в приседе) с вытянутой вперед левой ногой при левостороннем поясничном сколиозе играет роль корригирующего и деторсионного упражнения, что достигается за счет уменьшения поясничной дуги и легкой деротации поясничных позвонков.

9. Массаж мышц спины, грудной клетки и передней брюшной стенки может преследовать различные цели. Выполняемый непосредственно перед занятиями на коньках массаж используется с целью подготовки ослабленных мышц к полноценной предстоящей работе. После продолжительных занятий на льду массаж используется с целью снятия утомления с напряженных мышц и ускорения нормализации их, за счет улучшения кровоснабжения питания. Вне связи с занятиями на льду массаж применяется с целью улучшения трофики тканей спины, живота и грудной клетки, с возможной пассивной коррекцией сколиотической дуги и косвенного воздействия на торсию позвонков путем лечения положением с помощью гамачков, валиков и т. п.

ЮНОШЕСКИЙ КИФОЗ (ОСТЕОХОНДРОПАТИИ АПОФИЗОВ ПОЗВОНКОВ, БОЛЕЗНИ ШОЙЕРМАНА-МАУ)

В период роста позвоночника у ряда подростков 11—18 лет обнаруживаются диспластические процессы в апофизах позвонков и в межпозвоночных хрящах. На рентгенограмме грудного отдела позвоночника выявляется клиновидная форма тел позвонков в передне-задней проекции. У подростка происходит нарушение нормальных физиологических изгибов позвоночника: усиливается грудной кифоз, то есть появляется сутулость спины. Иногда больным бывает трудно сидеть во время уроков, на физкультуре у них обостряются боли, из-за чего они не могут выполнять физкультуры, к любым физическим нагрузкам!

Их больше тянет полежать, при этом мышцы туловища у них быстро слабеют, от чего еще больше увеличивается нагрузка на тела позвонков и усиливаются болевые ощущения. Получается замкнутый круг! Занятия одного урока (45 минут) для такого сутулого подростка — наилучший выход из сложившейся ситуации. Укрепление мышц туловища, тренировка правильной осанки быстро сказываются на улучшении общего самочувствия, что служит стимулом для продолжения этих занятий.

При лечении больных юношеским кифозом большую роль играет соблюдение ортопедического режима: ежедневная разгрузка позвоночника и укрепление мышечного корсета туловища в положении лежа на щите при выполнении уроков. Назначение периодических курсов массажа мышц спины, физиотерапевтических тепловых процедур, витаминотерапии, стимуляторов обменных процессов и снятие болевого синдрома. При обострениях боли занятия на льду временно прекращаются. Такое комплексное лечение может дать вполне положительные результаты.

Надекатр

Музыка — марш (размер 2/4). Темп умеренный. Технические особенности. Каждый шаг танца выполняется на один счет. Движение вперед и назад на первых двух шагах происходит с опорой на две ноги. Выполнение поворота крок на шаге 1 обносится вперед и назад в стороны.

Вначале партнеры двигаются вперед по ходу танца на внутреннем ребре конька согнутой в коленном суставе опорной ноги, другая при этом

Партнер				Партнерша		
№ шага	Название шага	Ребро	Счет	Название шага	Ребро	Счет
1	Крюк	ЛВВ	1	Крюк	ПВВ	1
2	Дуга	ПВВ	2	Дуга	ПВВ	2
Повторить шаги 1—2						
3	Дуга	ЛВВ	1	Дуга	ПВВ	1
4	Дуга	ПВВ	2	Дуга	ПВВ	2
5	Откр. моухок	ПВВ	3	Откр. моухок	ПВВ	3
6	Дуга	ПВВ	4	Дуга	ПВВ	4
7	Тройка	ЛВВ-3	1	Дуга	ПВВ	1
8	Дуга	ПВВ	2	Тройка	ЛВВ-3	2
Повторить шаги 7—8						

скользит сзади на обоих ребрах копытка. На момент поворота крюк, который выполняется на передней части копытка, опорная нога выпрямляется, а после поворота вновь сгибается. Другая нога оказывается при этом перед туловищем, в положении легкого скрещения с опорной, скользящей на внутреннем ребре копытка назад.

В конце шага каждый из партнеров полностью перепосит тяжесть тела на другую ногу, наклоняя при этом туловище вперед и оставляя руки как бы продолжением плеч. Первые шесть шагов у партнеров одинаковы, но выполняются на разноименных ногах.

Шаги партнера. Танец начинают левой ногой вперед на внутреннем ребре копытка, поворачивая при этом голову влево, направляя взгляд по ходу движения. После поворота крюк, скользя назад на внутреннем ребре копытка той же ноги, поворачивают голову в правую сторону, приподняв подбородок и устремив взгляд перед собой (шаг 1). Правая при этом скользит на двух ребрах, вначале позади опорной, а после поворота крюк — скрестно, перед ней, переходя затем на внутреннее ребро копытка (шаг 2).

Оставаясь в начале этого шага на двух ногах, партнер наклоняет туловище вперед. Шаги 1 и 2 повторяются дважды. На шаге 3 (дуга левая вперед-наружу) партнер начинает вращение вокруг своей оси против часовой стрелки. Шаги 4—5 — правая вперед-внутрь, левая назад-внутрь — открытый «моухок», на котором партнер, обращаясь лицом к центру катка, переходит на скольжение спиной вперед. Шагом 6 (дуга правая назад-наружу) он заканчивает свой поворот. Продолжая вращение плеч, на шаге 7 (левая вперед-наружу) из кросс-ролла выполняет поворот «тройкой», за которым следует последняя дуга правая назад-наружу (шаг 8). Шаги 7 и 8 повторяются два раза.

Шаги партнерши. Партнерша начинает танец, повернув голову вправо, скользя вперед на внутреннем ребре копытка согнутой правой ногой, причем другая нога следует за опорной на двух ребрах копытка. После поворота «крюк» на дуге (назад-внутрь на правой ноге), она поворачивает голову влево, и, оставаясь на двух ногах (левая впереди, скрестно перед правой), начинает наклон туловища вперед, переходя в конце шага полностью на внутреннее ребро копытка левой ногой (шаг 2). Шаги 1 и 2 повторяются дважды. Затем следуют поворот по часовой стрелке, шаг 3 (дуга правая вперед-наружу), шаги 4—5 — открытый «моухок» (левая вперед-внутрь, правая назад-внутрь). При этом партнерша поворачивается лицом к периферии круга и заканчивает поворот дугой левая назад-наружу (шагом 6). Шаг 7 — дуга правая назад-наружу, на которой начинается поворот плеч против часовой стрелки. На дуге левая вперед-наружу из кросс-ролла (шаг 8) выполняется поворот «тройкой». Шаги 7—8 повторяются еще раз.

Падекатр это необычайно красивый, подчеркнуто ритмичный танец с своеобразными поворотами и выразительной фиксацией положения рук. Партнеры начинают танец, стоя лицом друг к другу, взявшись за руки, отведенные в стороны, кисти на уровне плеч. Партнер стоит спиной к центру катка, партнерша лицом. Голова у обоих приподнята, они смотрят друг на друга. Одновременно в такт музыке партнеры начинают скользить вперед с разноименных ног, на внутреннем ребре копытка, и выполняют поворот «крюк». Продолжая держаться за руки, скользя на обеих ногах назад, на шаге 2, они красиво склоны туловище вперед, при этом выпрямленные руки, находящиеся перед лицом, несколько опускаются, а за спиной приподнимаются вверх, составляя как бы продолжение плеч.

Затем партнеры выпрямляются, быстро поворачиваются лицом вперед, на момент оставаясь на одной ноге, и повторяют первые два шага. Далее партнеры разъединяют руки и, удерживая кисти на уровне пояса, на шагах 3—5 выполняют синхронно повороты в противоположные стороны, обращаясь при этом спиной друг к другу. В конце шага 6 на дуге правая

дом. Принимать по 1 г 2 раза в день. Применяется при подагре, ревматизме.

129. САБЕЛЬНИК БОЛОТНЫЙ (корни, стебли). 1 столовую ложку корней [стеблей] на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2—3 часа, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3—4 раза в день в теплом виде. Настойку стеблей [корней] на водке принимают по 30—40 капель на воду 3—4 раза в день до еды. Применяется сабельник при ревматизме, при простудной ломоте тела.

130. СЕЛЬДЕРЕЙ ПАХУЧИЙ (корни). Сок из свежих растений пить по 1—2 чайные ложки 2—3 раза в день. 1 столовую ложку свежих корней на 2 стакана кипятка, настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 2 столовых ложки 3—4 раза в день за 30 мин до еды. Можно в такой же пропорции настаивать в холодной воде 4 часа и принимать по 1/4—1/3 стакана 3 раза в день до еды. Применяется сельдерей при ревматизме и подагре.

131. СИНЕГОЛОВИК ПЛОСКОЛИСТНЫЙ (трава). 10 г травы на 1 стакан воды. Кипятить 5 мин после закипания. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день до еды при ревматизме.

132. СИРЕНЬ ОБЫКНОВЕННАЯ, РАЙ-ДЕРЕВО (цветы, почки). Весьма интересно применение цветков сирени в народной медицине Восточной Сибири, при отложении солей в суставах и особенно при шпоре пяточной. В этом случае рекомендуют высушенные цветки насыпать рыхло в пол-литровую бутылку и затем залить водкой, настоять 8—10 суток, после чего принимать внутрь по 30—40 капель 2—3 раза в день и одновременно делать компрессы из той же настойки или натирать болезненные участки. Рекомендовано (А. П. Попов) при ревматизме делать настойку на водке из цветков и почек сирени. Принимать как указано выше.

133. СЛИВА ДОМАШНЯЯ (плоды). Распространение. Культивируется в средней и южной полосе СССР. Плоды сливы употребляют при ревматических и подагрических заболеваниях.

134. СМОРОДИНА ЧЕРНАЯ (листья). 1 столовую ложку листьев на 500 г кипятка настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 4—5 раз в день при ревматизме и подагре. Листья обладают сильным потогонным и мочегонным действием, освобождают организм от пуриновых веществ и избытка мочевой кислоты и поэтому служат хорошим средством при ревматизме и подагре.

135. СНЯТЬ ОБЫКНОВЕННАЯ (трава). 3 чайные ложки травы на 2 стакана кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 4 раза в день до еды. Настой травы принимают внутрь при различных поражениях суставов, особенно при подагре, ревматизме.

136. СОСНА ОБЫКНОВЕННАЯ («почки», хвоя). 10 г сосновых «почек» 10

на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при подагре, ревматизме. Экстракт из хвоща, а в народе [простой отвар из хвоща] применяют в виде ванн при подагре.

Синипидар используется как наружное раздражающее и отапливающее средство при ревматизме, подагре, невралгии.

137. СПАРЖА ЛЕКАРСТВЕННАЯ [корневища с корнями, молодые побеги]. 3 чайные ложки корневищ с корнями, молодых побегов на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1—2 столовые ложки 3 раза в день при ревматизме, болях в суставах, подагре. С этой же целью готовят сироп, уваривая свежесжатый сок спаржевых побегов с сахаром (примерно 1:2). Принимают его по 2—4 чайные ложки несколько раз в день.

138. СТАЛЬНИК КОЛЮЧИЙ ПОЛЕВОЙ [корни]. 30 г сухих корней кипятить в закрытой посуде в 1 л воды до объема 500 г, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день до еды. Курс лечения 2—4 недели. Применяется при ломоте, подагре, ревматических заболеваниях.

139. СУМАХ ДУБИЛЬНЫЙ, СУМАХ КРАСИЛЬНЫЙ [свежие листья]. 1 чайную ложку свежих листьев на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при ревматизме, подагре и параличах.

Т

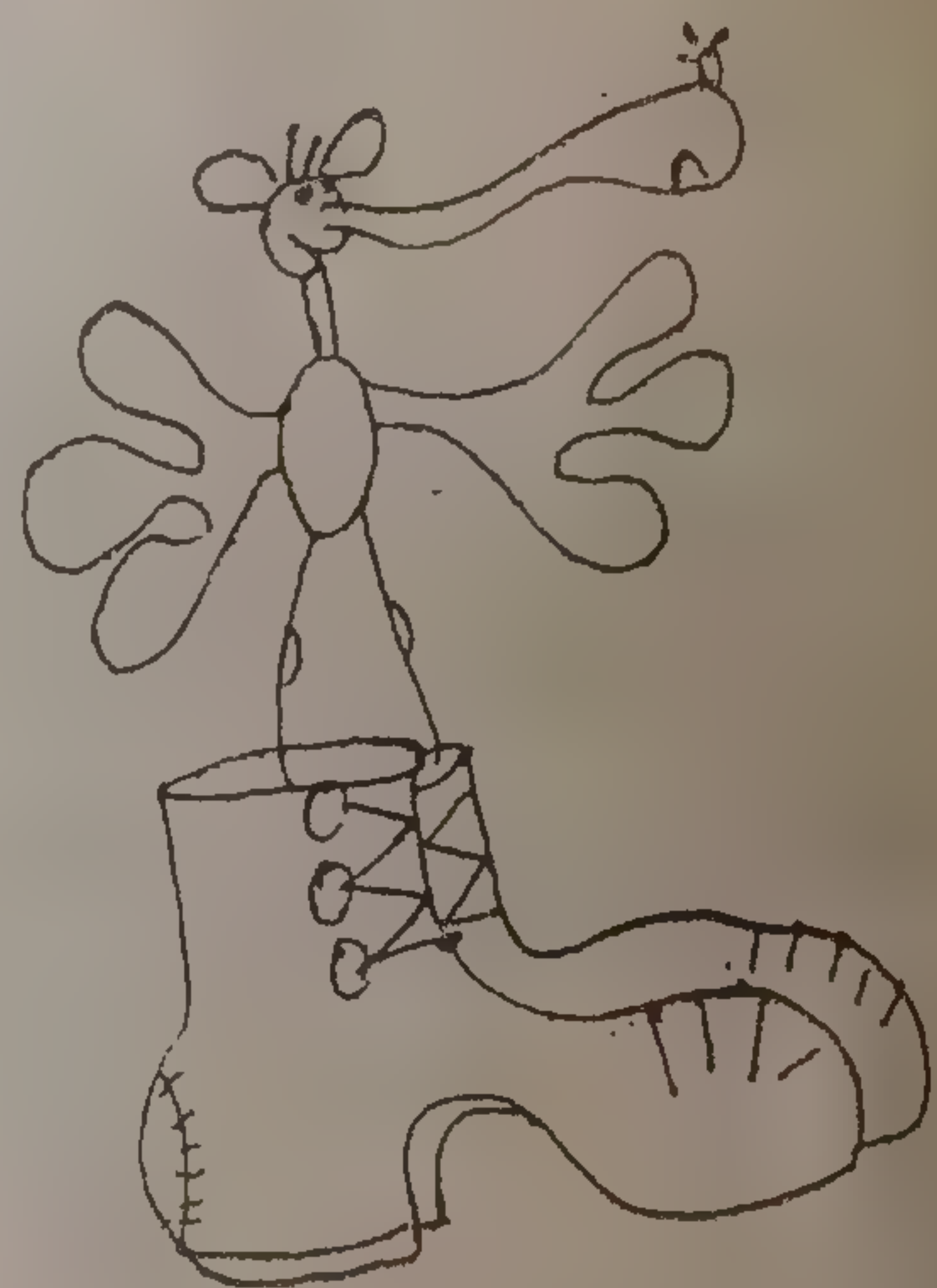
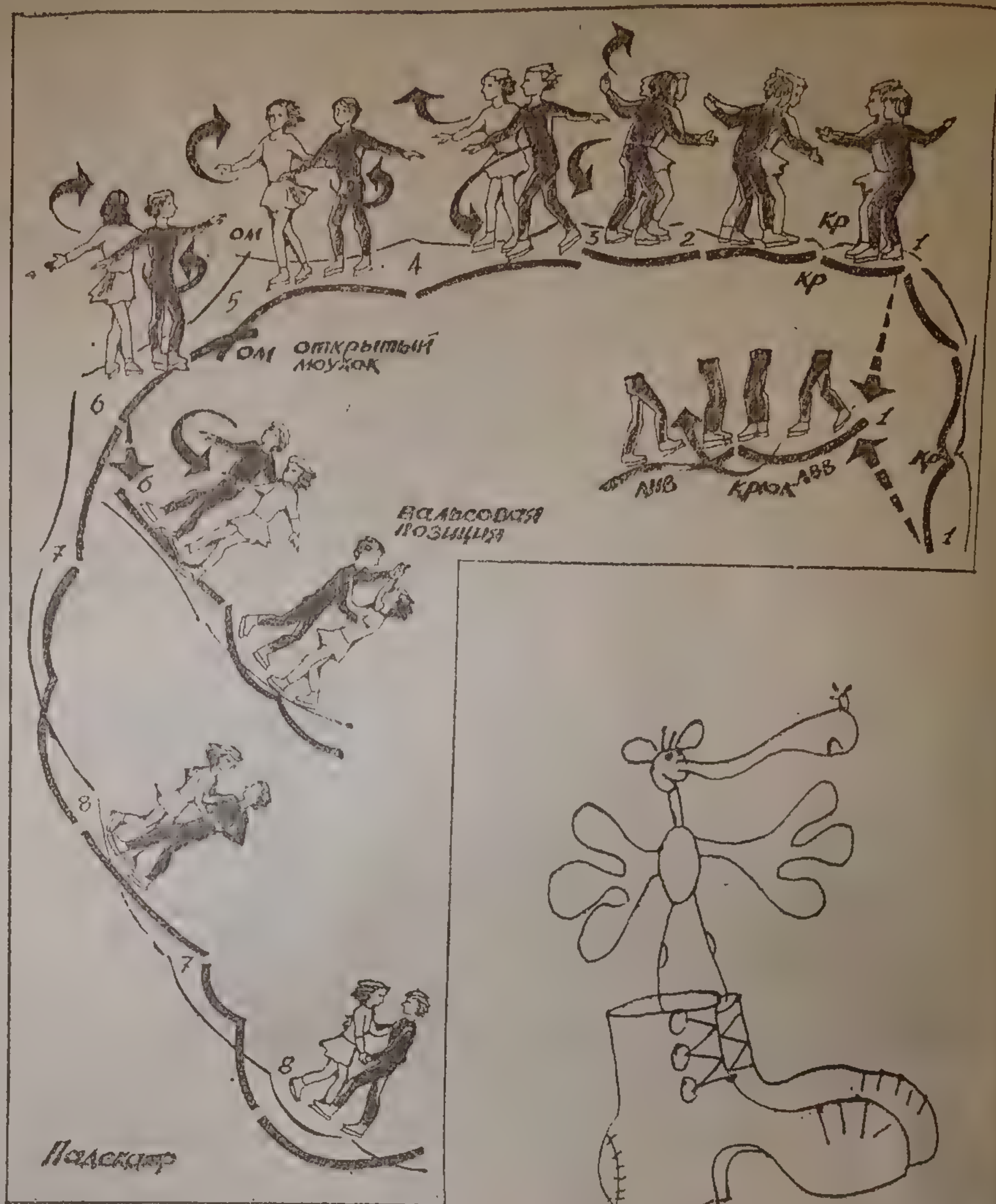
140. ТАМАРИСК, ГРЕБЕНЩИК (ветви, листья). 2 чайные ложки сухих листьев и ветвей на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при ревматизме.

141. ТАМУС ОБЫКНОВЕННЫЙ [Адамов корень]. 2 столовые ложки свежих измельченных корней обварить кипятком, завернуть в марлю. Горячие подушечки применять как болеутоляющие припарки при подагре, ревматизме и ишиасе. Настой на водке (1:5) применяют для растираний. Растение ядовитое. Даже наружное применение тамуса требует большой осторожности.

142. ТАТАРНИК КОЛЮЧИЙ (листья, цветочные корзинки). 1 столовую ложку листьев на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 1/4 стакана 2—3 раза в день при ревматизме, простуде. Порошок из листьев [без колючек] принимать по 1 чайной ложке 3 раза в день, запивая водой.

143. ТИМЬЯН ПОЛЗУЧИЙ [трава]. 50 г травы заварить в ведре кипятком. Настоять, укутав, 1 час. Использовать для ванн, при ревматических болях, при различных болях в суставах, радикулите, миозитах. Настойку травы на спирте используют как растирание в тех же случаях. Leclerc рекомендует при ревматизме следующие ванны: эссенция из травы чабреца — 2 г, то же из травы душицы — 0,5 г, из травы розмарина — 1 г, из травы лаванды — 1 г,

назад-паружу партнер поворачивается лицом к партнерше, выполняющей дугу левая назад-паружу, и берется левой рукой за кисть ее правой руки, а после выполнения партнером поворота «тройкой» на тазу 7 они оказываются в вальсовой позиции, в которой дважды повторяют шаги 7 и 8. Затем встают в позу для начала танца.



СПОНДИЛОЛИСТЕЗ

Болезнь эта — смещение тела позвонка с нижележащего вперед. Причина этого заболевания не ясна, но оно считается *полиэтиологическим*, т. е. имеющим много причин. У больших детей чаще всего является врожденный, или диспластический, спондилолистез, причина которого кроется в диспластической неполноценности межпозвонокового диска, связок позвоночника.

Кроме того, у многих детей спондилолистез сочетается со спондилолизом — *рассасыванием части дужки позвонка с одной или с обеих сторон*, что еще больше способствует смещению тела позвонка вперед, так как связь его с задними отделами нарушается и стабилизация тела сползающего позвонка в таких случаях значительно затрудняется. Так возникают прогрессирующие формы спондилолистеза, которые уже в ранние сроки — к 10—11 годам иногда достигают IV и V степени смещения, когда пятый поясничный позвонок оказывается на передней поверхности крестца, в полости малого таза.

Но чаще все-таки встречаются не прогрессирующие стабильные формы спондилолистеза, которые достигают лишь I или II степени смещения позвонка, то есть смещение его бывает меньше, чем до половины тела. Такие формы спондилолистеза с успехом лечатся консервативными методами с соблюдением определенного ортопедического режима.

Спондилолистез возникает при травме позвоночного отдела, когда страдают кости и связки позвоночника, или при падении с высоты, падения на ягодицы. Также и у спортсменов или людей тяжелого физического труда при перегрузке пояснично-крестцового отдела позвоночника, когда связочный аппарат оказывается несостоятельным, тело позвонка начинает сползать вперед. У части больных при этом обнаруживается спондилолиз в области дужек пятого поясничного позвонка. При этом бывает характерно, что при прекращении чрезмерных нагрузок на позвоночник спондилолиз исчезает самостоятельно.

У некоторых людей на склоне лет появляется так называемый инволютивный спондилолистез. Это чаще всего у женщин, перенесших климакс, малоподвижных, которые страдают нарушением обмена веществ. У них изменяется гормональный фон и при этом начинают страдать ткани позвоночника — развивается спондилолистез, который обычно не бывает больше II степени.

Но все же здесь встречаются и стабильные, и нестабильные формы, которые иногда требуют оперативного вмешательства или длительного ношения жесткого корсета. Стабильные формы спондилолистеза и в этом возрасте с успехом лечатся консервативными методами. Занятия балными танцами на льду могут оказать большую помощь в лечении таких больных. Но врожденные, быстро прогрессирующие и нестабильные формы спондилолистеза требуют срочного оперативного лечения.

Вспоминаю нашего пациента — мальчика 11—12 лет, больного спондилолистезом (I—II степени) пятого поясничного позвонка. Занимался лечебной гимнастикой, получал периодически массаж и жил себе спокойно, учился, увлекался аутогенной тренировкой, чувствовал себя почти здоровым. Но мама не успокаивалась, как же — надо выправить позвонок! Поставить его на место! Три раза возила его к Касьяну, выправляли позвонок.

Потом и сам больной прекрасно научился делать это. Как только неприятно или устал — раз, щелк и все в порядке! Но с этими выправлениями он так «раскачал» себе позвоночник, что уже не мог ездить в трамвае. Уже много лет позже писал мне, что учится в медицинском институте, но почти не бывает в нем, не может доехать. Иногда удается добраться до института, но лекции слушает лежа, так как не может долго сидеть, даже корсет не помогает. Наконец, он закончил институт, стал врачом-невропатологом, а работать так и не смог, пришлось ложиться на операцию.

Вот как необдуманные действия могут сделать больного инвалидом. При врожденных быстро прогрессирующих спондилолистезах требуется раннее оперативное вмешательство, занятия балными танцами на льду ни до, ни после операции не показаны. Также и посттравматический спондилолистез требует особых методов лечения — в зависимости от клинической картины и осложнений со стороны периферической нервной системы, нередких нарушений функции тазовых органов, что является противопоказанием для занятий балными танцами на льду.

Клиническая картина спондилолистеза чаще всего заключается во внешних проявлениях вторичного пояснично-крестцового радикулита, в ясных болях в поясничном отделе позвоночника, утомляемости мышц спины, значительном ограничении наклона вперед. При осмотре у больных выявляется углубленная поясничная борозда, усиление поясничного лордоза, выступающий вперед отвислый живот, ступенька — выступание остистого отростка позвонка, лежащего ниже смещающегося. Ограничение наклона туловища вперед, напряжение длинных мышц спины в поясничной области при движениях, неудобство при длительном сидении, стоянии, боли при беге, при прыжках, при длительной ходьбе.

Часто больные много лет лечатся у невропатолога от радикулита, причем безуспешно. И тогда уже на рентгенограмме пояснично-крестцовой области выявляется наконец основная причина заболевания — спондилолистез. За эти годы у больных развивается слабость мышц спины, брюшного пресса, изменяется осанка. Иногда приходится им назначать на время ношение мягкого корсета с металлическими шинками для поддержания туловища и частичной разгрузки позвоночника, снятия болевого синдрома. Но вместе с корсетом следует назначить активную лечебную гимнастику, массажа спины и живота, чтобы укрепить их.

чайной соды — 350 г. Он указывает, что данные ванны полезны ослабленным и больным суставным ревматизмом детям.

144. ТОПОЛЬ ЧЕРНЫЙ, ОСОКОРЬ (листовые почки). 3 столовые ложки почек кипятить 5 мин в 4 стаканах воды, настоять 4 часа. Употреблять для сидячих ванн и примочек при ревматизме, подагре. Мазь: 1 часть порошка почек на 4 части коровьего масла или свиного жира. Применять наружно для растирания в тех же случаях.

145. ТЫСЯЧЕЛИСТНИК ОБЫКНОВЕННЫЙ (травя). 1 столовую ложку сухой травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день до еды при ревматизме, невралгии.



146. ФАСОЛЬ ОБЫКНОВЕННАЯ (шелуха «стручков»). 15—20 г измельченной шелухи «стручков» фасоли кипятить 2—3 часа на малом огне в 1 л воды, когда остынет, процедить. Принимать по 1/2 стакана 4—5 раз в день.

В немецкой народной медицине применяется настой или отвар при хроническом ревматизме, подагре.

147. ФИАЛКА ДУШИСТАЯ, ФИАЛКА ТРЕХЦВЕТНАЯ (травя). 1 столовую ложку сухой травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день при суставном ревматизме, подагре, артрите.

148. ФИЗАЛИС ОБЫКНОВЕННЫЙ (плоды). Плоды физалиса применяют при подагре и суставном ревматизме. В лечебных целях летом можно употреблять ежедневно 15—20 свежих плодов или 20—25 г плодового сока. Чаще используют отвар из сушеных плодов. 20 г сухих ягод варят 10—15 мин в 0,5 л воды. Настаивают до охлаждения. Принимают по 1/4 стакана 4—5 раз в день.



149. ХВОЩ ПОЛЕВОЙ (травя). 4 чайные ложки сухой травы на 2 стакана кипятка. Настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 5—6 раз в день при подагре, ревматизме.

При остром нефрите и нефрозонофрите не применять из-за раздражения почек.

150. ХМЕЛЬ (шишки). Для лечения подагры и ревматизма из порошка сухих «шишек» приготавливают мазь. 1 столовую ложку порошка «шишек» растереть с 1 столовой ложкой несоленого свиного сала или свежего сливочного масла. Употреблять как болеутоляющую мазь при подагре и ревматизме.

151. ХРЕН ОБЫКНОВЕННЫЙ (корни). В народной медицине многих стран хрен применяется при хроническом ревматизме и подагре. Принимают понемногу во время приема пищи.

При воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта а также болезни печени, почек не употребляют.

152. ЧАЙНЫЙ ГРИБ. Народные названия: чайный гриб, чайный квас, морской гриб, маньчжурский гриб, японский гриб, японская матка, гриб Камбуха, Фанго.

Распространение. Считают, что «чайный гриб» был вывезен из Маньчжурии или Японии во время русско-японской войны. Издавна известный в Восточной Азии, широко разводится в СССР и других странах. Пользуется большой популярностью у населения.

Семи-восьмидневный настой «чайного гриба» принимать по 1/2 стакана за 1 час до еды 3—4 раза в день. Настой является хорошим профилактическим средством при ревмокардите и полиартрите (ревматическом воспалении суставов).

153. ЧЕРЕДА ТРЕХРАЗДЕЛЬНАЯ (трава). 2 столовые ложки травы на 500 г кипятка. Настоять, укутав, 12 часов, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день при подагре и артритах, при простуде, ревматизме.

154. ЧЕРНИКА ОБЫКНОВЕННАЯ (плоды). 1—2 чайные ложки ягод черники на 1 стакан кипятка, настоять, укутав, 3—4 часа, подсластить. Принимать по 1/4 стакана 5—6 раз в день при подагре, ревматизме и

других заболеваниях, связанных с нарушением обмена веществ.

155. ЧЕРНОКОРЕНЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ (листья). Листья чернокорня обварить кипятком, измельчить, завернуть в марлю. Подушечки применять как обезболивающее средство при артритах, ревматических и подагрических болях.

156. ЧЕСНОК ПОСЕВНОЙ (луковицы). 40 г измельченного чеснока настоять в закрытом сосуде в 100 г спирта или водки (можно прибавить для улучшения вкуса мятных капель — 3—5 капель). Принимать по 10 капель 2 раза в день за 30 мин до еды при ревматизме и подагре. Полнокровным, эпилептикам и беременным женщинам не принимать.

157. Чистотел большой (трава). 1 чайную ложку сухой травы на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день. При подагре, ревматизме, хроническом полиартрите. Точно соблюдать дозировку, растение ядовитое.

Ш

158. ШИПОВНИК (корни, плоды). Наружно отвар корней употребляется для ванн при параличах и «слабости ног». Отвар сухих плодов используют для ванн при ревматизме.

Щ

159. ЩАВЕЛЬ КИСЛЫЙ (корни). 1 столовую ложку свежих корней на полтора стакана воды. Кипятить 15 мин, настоять, укутав, 2 часа, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день до еды при болях в пояснице, ревматизме.

160. ЩАВЕЛЬ КОНСКИЙ (корни). Настойку корневищ на водке принимают по 15—20 капель 2—3 раза в день до еды при ревматизме.

161. ЩАВЕЛЬ МАЛЫЙ (трава с корнями). 1 столовую ложку травы с корнями на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 2—3 раза в день до еды при «аломте в костях».

Э

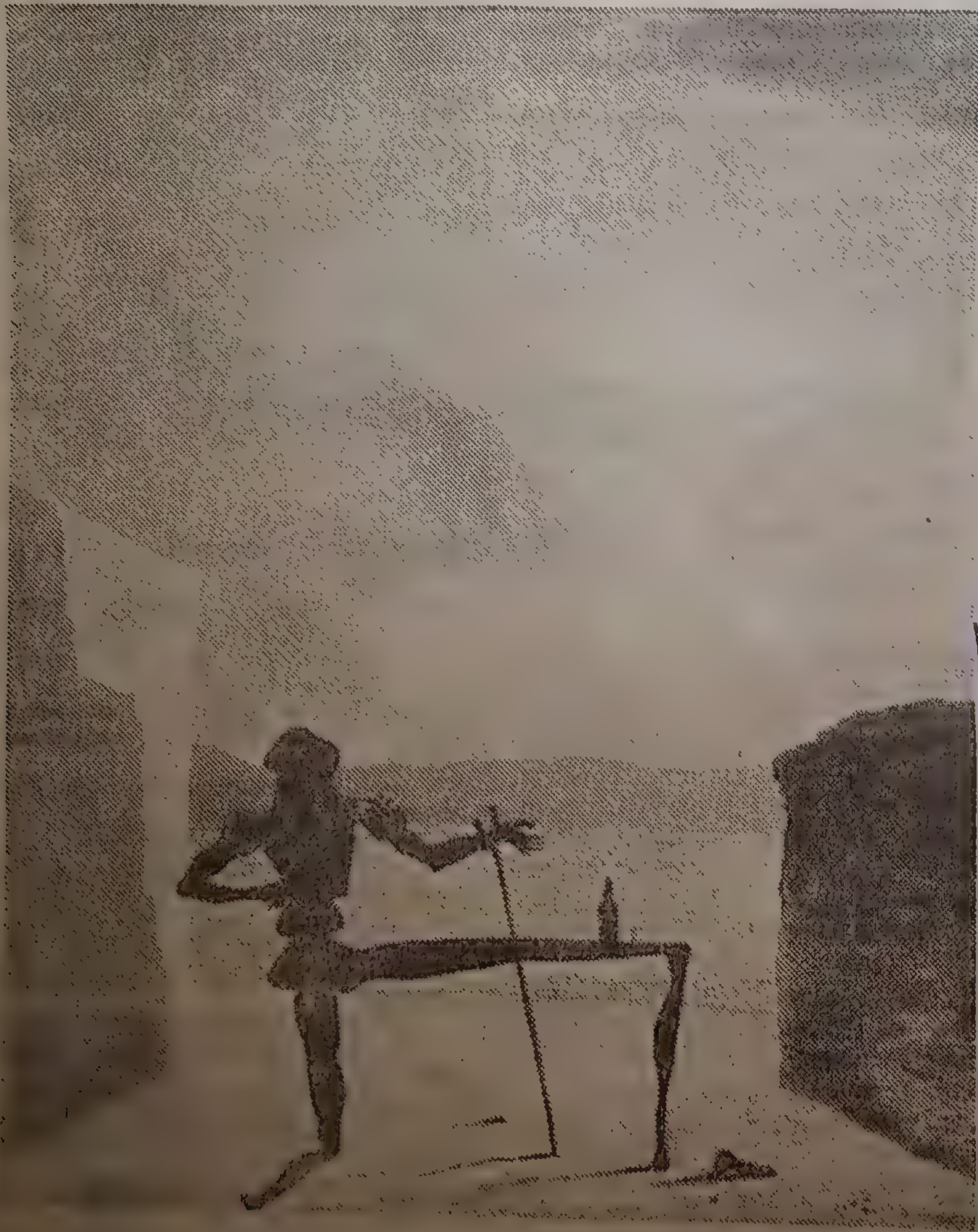
162. ЭВКОМИЯ ВЯЗОЛИСТНАЯ (стебли, кора). Спиртовую настойку стеблей и коры принимать по 15—20 капель с водой 2 раза в день при подагре.

10 г коры на 1 стакан воды. Кипятить 10—15 мин, настоять, укутав, 4 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день при подагре.

163. ЭФЕДРА ДВУХКОЛОСКОВАЯ, ХВОЙНИК ДВУХКОЛОСКОВЫЙ (зеленые ветви, трава). 1 чайную ложку травы на 2 стакана воды. Кипятить, пока не останется 1 стакан, настоять, укутав, 1 час, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3—4 раза в день при ревматизме. Парки из травы употребляют наружно при ревматизме.

Я

164. ЯБЛОНЯ ДОМАШНЯЯ (плоды, сок). Плоды препятствуют образованию излишков мочевой кислоты, почему и употребляются при всех заболеваниях, связанных с накоплением в организме солей мочевой кислоты. Яблоки употребляют при подагре, хроническом ревматизме. Хорошо и полезно пить отвары и настои из яблок. Нарезать 3—5 неочищенных яблок, кипятить в закрытой посуде 10 мин, настоять 4 часа. Принимать в теплом виде как чай несколько раз в день. Или просто порезать яблоки в чай, дать им настояться и пить этот чай.



НАПОМИНАЕМ!
Ежемесячник
«Твое здоровье»
в розничную продажу
не поступает.
Подписка полугодовая
и годовая.

Одновременно лечение больных спондилолистезом консервативное: применение физиотерапевтических упражнений с целью создания собственного мышечного корсета: укрепление мышц ягодиц. Эти задачи легко могут быть решены применением балльных танцев на льду.

Одновременно больным спондилолистезом назначается известный ортопедический режим. Им противопоказаны подъем и переноска тяжестей, частые наклоны и разгибания позвоночника, то есть им противопоказаны занятия художественным спортом, борьбой, поднятием штанги и т. п. Со мной мы рекомендуем на жесткой постели, в периоды обострения болей следует подложить валик под коленные суставы, чтобы расслабить напряженные поясничные мышцы, поддерживающие болевой синдром.

Так нам пришлось снять с ответственных соревнований мастера спорта по спортивной гимнастике, приехавшую в Москву из южной республики, когда она почувствовала резкую боль в пояснице при разгибании позвоночника во время выполнения фляка (прыжка назад — с ног на руки). При обследовании у нее был обнаружен спондилолистез III степени, в сочетании со сколиозом II степени. Другой спортсмен — байдарочник обратился к нам с болями в пояснице после тренировок, тоже перед соревнованиями. Когда мы проанализировали методику его тренировок, то пришли к заключению, что он может продолжать свои занятия, только должен изменить позу для «качания» брюшного пресса.

Как он это делал? Садился на стул, цеплялся ногами за перекладину гимнастической стенки внизу, гнулся назад, почти доставая головой до пола, и садился снова на стул. Естественно, он неблагоприятно воздействовал на свой больной позвоночник и стимулировал болевой синдром. Мы изменили ему выполнение данного упражнения. Укреплять мышцы брюшного пресса он стал из положения лежа на полу, с упором ногами за нижнюю рейку гимнастической стенки, исключив тем самым переразгибание туловища. Все неприятные ощущения у него исчезли, и он с успехом продолжал свои занятия академической греблей.

И ЕЩЕ...

Этим мы хотим показать, что даже при спондилолистезе люди могут с успехом заниматься спортом, только они должны знать пределы своих возможностей. Это может подтвердить и такой пример. Есть у нас больной спондилолистезом в Смоленске, уже давно занимается бегом, является организатором общества любителей бега. И вдруг узнал, что болен спондилолистезом. Он так растерялся, решил, что вся его спортивная жизнь кончилась, все потеряно, теперь корсет, операция! Как жить? Как ходить? Все бросать?

Мы выбрали с ним определенные упражнения. Устранили у него болевой синдром и вновь разрешили заниматься бегом. Это было счастье для нашего пациента. Но он спортсмен, работает на кафедре физкультуры, доцент. Душа его ищет рекордов — решил победить природу! Появились небольшие боли в пояснице: забыл, как страдал раньше. Применил иглоукалывание, устроил боль, решил закалиться, стал обливаться холодной водой. Но тут же получил такое обострение болей, что почти полгода пришлось серьезно лечиться. Теперь уже нишет, что болящие не будут переносить на себе!

Оказывается, не всегда все можно. Сейчас участвует даже в марафонских забегах и чувству-

ет себя здоровым. Этим мы хотим подчеркнуть то, что природа нас очень оберегает. Если при спондилолистезе появился болевой синдром, надо поберечь позвоночник, дать ему разгрузку, сделать массаж, тепло на поясницу, полежать, полежаться, наконец, у ортопеда или у невропатолога и не стесняться применить на себе все имеющиеся в арсенале методы лечения — с этим тоже надо быть осторожным, чтобы не навредить себе.

Мы очень рекомендуем в качестве лечебной гимнастики для больных спондилолистезом (при стабильных формах его) занятия балльными танцами на льду. Они дают все, что необходимо для лечения: тренируют правильную осанку, укрепляют мышцы туловища, создают собственный мышечный корсет, тренируют координацию движений и способствуют закаливанию организма.

Танец кошкобежцев

№ шага	Партнер			Партнерша		
	Название шага	Ребро	Счет	Название шага	Ребро	Счет
1	Дуга	ПВН	1	То же		
2	Шаг	ЛВВ	2			
3	Дуга	ПВН	3, 4			
4	Дуга	ЛВН	1			
5	Шаг	ПВВ		То же		
6	Дуга	ЛВН	3, 4			
7	Дуга	ПВН	1, 2, 3, 4			
8	Дуга	ЛВН	1, 2, 3, 4			

Повторить шаги 1—7

8а	Крюк	ЛВВ	1, 2	Скобка	ЛВН	1, 2
		ЛВВ	3, 4		ЛВН	3, 4
9	3х	ЛВН	1, 2	То же		
10	3х	ЛВВ	3, 4			
11	Дуга	ПВН	1, 2			
12	Дуга	ЛВН	3, 4			
13	Закр. моухок	ПВН	1, 2	То же		
14	3х	ЛВВ	3, 4			
15	Дуга	ПВН	1, 2, 3, 4			



Музыка — марш (размер 4/4), темп быстрый. Технические особенности. Необходимо отметить особенность выполнения шагов 1, 2, 3 и 4, 5, 6, кото-

а затем с очень быстрым темпом музыки прерывистый ритмизирующий характер, когда два партнера (1, 2 и 4, 5) следуют очень быстро друг за другом и лишь третий шаг (3 и 6) несколько выделен из них по своей длительности, так как выполняется уже на два счета.

Это придает танцу своеобразный рисунок стремительного движения вперед. Поворот «крюк» у партнеров (шаг 8а — левая вперед-внутрь, назад-внутрь) выполняется следующим образом. В первой части шага (левая вперед-внутрь) партнер сильно скручивает туловище в правую сторону, свободную правую ногу несколько заводит вперед. В момент поворота он раскручивает туловище в левую сторону, правую ногу подносит к левой и после поворота, скрестив ее с опорной, вытягивает назад (по ходу движения).

Опорная нога с согнутым коленом на момент поворота выпрямляется и тут же вновь сгибается для четкого выполнения второй части этого шага (назад-наружу). Поворот «скобкой» (противо-тройка); шаг 8а у партнерши — левая вперед-наружу, назад-наружу — требует специальной тренировки. На первой части шага свободная правая нога на мгновение выносится вперед, затем возвращается к опорной так, чтобы в момент поворота обе ступни находились вместе. После поворота для выполнения второй части этого шага (назад-наружу) правая нога вытягивается назад.

В момент выполнения закрытого «моухока» (шаги 12—13 — левая вперед-внутрь, правая назад-внутрь) необходимо расслабить обе ноги, повернуться спиной во внутрь круга, так, чтобы плечи были параллельны описываемым коньками дугам, и свободно перейти с хода вперед с одной ноги на скольжение назад — на другую ногу.

Шаги партнеров, за исключением шага 8а, одинаковы. Танец начинается движением обоих партнеров вперед. Шаг 1 — дуга правая вперед-наружу, шаг 2 — шассе левая вперед-внутрь, каждый на один счет, шаг 3 — дуга правая вперед-наружу на два счета. Шаг 4 — дуга левая вперед-наружу, шаг 5 — шассе правая вперед-внутрь, каждый вновь на один счет, шаг 6 — дуга левая вперед-наружу на два счета. Техника выполнения их описана выше. Шаги 7 и 8 — четырехсчетные дуги (правая вперед-наружу, левая вперед-наружу) с махом свободной ноги вперед. После повторения шагов 1—7 партнеры переходят к выполнению разных шагов.

Шаги партнера. Шаг 8а: поворот «крюк» на четыре счета — левая вперед-внутрь, назад-внутрь, техника выполнения которого описана выше.

Шаги партнерши. Шаг 8а: поворот «скобка» (противотройка) — левая вперед-наружу, назад-наружу, на четыре счета, также описанный выше.

Дальнейшие шаги партнеров одинаковы в исполнении, но резко отличаются друг от друга своим направлением. Шаги 9 и 10: двухсчетные дуги — правая назад-наружу, левая назад-внутрь, при выполнении которых танцоры остаются с опорой каждый на обе ноги; причем на шаге 9 — правая нога, будучи на наружном ребре, обгоняет левую, а на шаге 10 — левая, скользя на внутреннем ребре конька, обгоняет правую ногу. При этом создается полное впечатление скрещивания ног при скольжении назад. Руки на этих шагах танцоры закладывают за спину, кисти сомкнуты ладонями друг к другу. Шаг 11: двухсчетная дуга правая вперед-наружу, переходящая в закрытой «моухок» (шаги 12—13), левая вперед-внутрь, правая назад-внутрь, по два счета каждый. Шаг 14: двухсчетная дуга левая назад-наружу, начинающаяся рядом с опорной ногой, с переходом в скрещенное сзади положение. Последняя — четырехсчетная дуга — правая вперед-наружу, на которой партнер приближается к партнерше и встает слева от нее для выполнения последних шагов танца.

В начале танца партнеры держатся друг с другом руками скрещенными на уровне груди, причем левая рука партнерши проходит поверх правой руки партнера. Пары двигаются по кругу друг за другом. В конце шага 8а партнеры отпускают руки и, двигаясь уже спиной вперед, разъезжаются друг от друга в противоположные стороны, заложив руки за спину. На шагах 9—10 партнер скользит к центру, партнерша — к периферии круга. Затем на шагах 11—12 партнерша начинает движение к центру круга, а партнер

на шаг 13—14 перемещается по направлению к периферии. При повторении шагов 9—10 они вновь закладывают руки за спину. Но теперь уже партнер находится на периферии, а партнерша в центре круга. Последнюю двухсчетную дугу (12 — левая вперед-внутрь) танцоры направляют так, чтобы соединиться вместе, причем партнер сзади объезжает свою партнершу и встает слева от нее, вновь окрестив с ней руки перед грудью.

Танец выглядит очень красивым и эмоциональным. Неожиданная смена направления, скольжения партнеров, их поза с заложенными за спину руками (на шагах 9—10), с опорой на скрещенные ноги при скольжении назад, придают своеобразие и элегантность исполнению.

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОЕ

ЗАБОЛЕВАНИЕ СУСТАВОВ

При поражении опорно-двигательного аппарата первопричиной заболевания часто является не пораженный сустав или межпозвоноковый диск, а изменение общего состояния организма. Всем известно выражение «движение — это жизнь», но ведь это не просто красивые слова! При гиподинамии и гипокинезии — недостатке активных движений, которому подвержен человек, нет полноценной жизни, у него нередко происходит нарушение обменных процессов в организме на молекулярном уровне, при этом резко снижаются показатели неспецифического иммунитета и понижается устойчивость организма к различным неблагоприятным воздействиям.

Профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата включает в себя целый ряд лечебно-восстановительных мероприятий, в первую очередь таких, как активный образ жизни, нормальные условия труда, отдыха, регулярные занятия физической культурой и спортом, проведение систематических закаливающих процедур. Эти мероприятия служат и мерой предупреждения обострения ряда хронических заболеваний человека. Огромное значение при этом приобретают систематические строго дозированные физические нагрузки на организм.

Многими исследованиями доказано, что у больных с хроническими заболеваниями суставов и позвоночника значительно снижены функции внутренних органов, эндокринных желез (вилочковой, щитовидной и других), принимающих активное участие в жизнедеятельности организма.

ДЕФОРМИРУЮЩИЕ АРТРОЗЫ

СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

В основе дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов лежат изменения обменных процессов в мышечной ткани. Под влиянием различных внешних и внутренних факторов (психомоциональных и физических перегрузок, гиподинамии и др.) отмечается усиление вазоконстрикторной импульсации симпатической нервной системы. Это ведет к сужению сосудов, в результате чего нарушаются микроциркуляция и метаболизм в синовиальной оболочке сустава и в эпифизах (концевых частях костей, образующих сустав). Одновременно изменяется электролитный состав плазмы крови (баланс натрия и калия), что также вызывает повышение периферического сопротивления в сосудах за счет спазма капилляров.

Это приводит к гипоксии тканей, нарушается их питание, в первую очередь, страдают окислительные

восстановительные процессы в них. Вслед за этим развивается вторичный асептический воспалительный процесс синовиальной оболочки, появляются боли, в результате чего постепенно наступает ограничение объема движений в пораженных суставах.

Поскольку хрящевые образования суставов питаются за счет осмотического компонента синовиальной жидкости, то нарушения метаболизма в синовиальной оболочке вызывают нарушение питания и суставного хряща. Снижается эластичность хрящевой ткани, покрывающей костные образования. В хряще появляются трещины, через которые прорастают костные клетки. Так образуются остеофиты (костные разрастания), которые ясно выявляются на рентгенограмме. Избыточные костные разрастания дополнительно травмируют отечную синовиальную оболочку, еще больше затрудняют тканевой обмен и ухудшают течение дистрофического процесса в суставе, также вызывая болевые ощущения.

Таким образом, клиническая картина деформирующего артроза сустава складывается из множества компонентов: боль и хруст при движениях, изменение формы сустава и постепенное ограничение объема движений в нем.

Наиболее выраженные изменения наступают в тазобедренных суставах. За счет венозного застоя и нередкого развития склеротических бляшек в артериях, питающей шейку бедренной кости, наступает ухудшение кровоснабжения головки бедра. При этом развивается гипоксия тканей, недостаток витаминов, микроэлементов, пластического материала. Нарушаются окислительно-восстановительные процессы и развиваются выраженные дистрофические изменения в головке, шейке бедренной кости и в костях таза, составляющих вертлужную впадину.

На рентгенограмме это выявляется в виде деформирующего коксартроза: сужение суставной щели за счет истончения суставного хряща, появляются краевые костные разрастания в области суставной впадины, а в далеко зашедших случаях появляются кистозные перерождения в области головки, шейки бедренной кости и вертлужной впадины. Эти изменения особенно быстро прогрессируют при неподвижном образе жизни у тучных людей с повышенной массой тела или после травматических повреждений костей и суставов данной конечности, иногда при выраженных длительных перегрузках того или иного сустава.

Боль при движениях заставляет больных щадить сустав, меньше двигаться, а это еще больше ухудшает состояние. К этому присоединяются нарушения функции внутренних органов, в частности сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем и т. п. Так образуется замкнутый круг.

Занятия балльными танцами на льду выступают в качестве суставной лечебной гимнастики, то есть оказывают непосредственное воздействие на суставно-мышечный аппарат конечностей.

Дозированные активные движения в суставах конечностей повышают секреторную функцию синовиальной оболочки, улучшают кровоснабжение мышц и тканей, непосредственно окружающих сустав, обеспечение энзимизарного хряща микроэлементами, пластическим материалом и кислородом, восстанавливают обменные процессы. Занятия балльными танцами на льду у больных деформирующим артрозом, конечно, должны контролироваться врачом, лучше всего, врачом лечебно-физкультурного диспансера. Нагрузка при любом заболевании должна быть адекватна состоянию больного сустава, чтобы не вызвать ухудше-

ния дегенеративно-дистрофических изменений в его тканях или обострения болевого синдрома.

Занятия балльными танцами на льду, проводимые при пониженной температуре окружающей среды, благоприятно сказываются на состоянии пораженных суставов, тем более что это сочетается с нежным массажем внутренних отделов сустава при естественных движениях во время выполнения танцев на льду и отдельных танцевальных элементов. Подобное воздействие трудно получить при других видах лечебной гимнастики, в то время как в эксперименте доказано благоприятное влияние низких температур на состояние пораженного сустава, когда исчезают боли, купируется воспалительный процесс синовиальной оболочки.

Движения при исполнении танцев на льду можно сравнить с облегченными движениями в воде. Здесь также отсутствуют резкие толчки. Скольжение с одной ноги плавно переходит на скольжение на другой ноге, и постепенно увеличивается амплитуда движений в пораженном суставе и незаметно для самого больного. Это явление я открыла неожиданно, еще в студенческие годы, когда мы занимались на малюсеньком искусственном катке в парке Дзержинского.

Так, после повреждения мениска, когда у меня еще сохранялась гибительная контрактура в коленном суставе, двигаясь на коньках по деревянному полу, я испытывала неприятные ощущения, неудобство, резко хромала на больную ногу. Помню, с опаской ступила на лед, но вдруг оказалось, что при скольжении по льду я не почувствовала боли в суставе, быстро исчезло неудобство, сопровождавшее меня на полу. Вначале я считала, что безграничная любовь к катку пересилила боль, страх, неудобство. Только через много лет я наконец поняла, наблюдая за другими, особенно за пожилыми людьми на катке, что это связано с особенностями нагрузки на суставы при занятиях на льду.

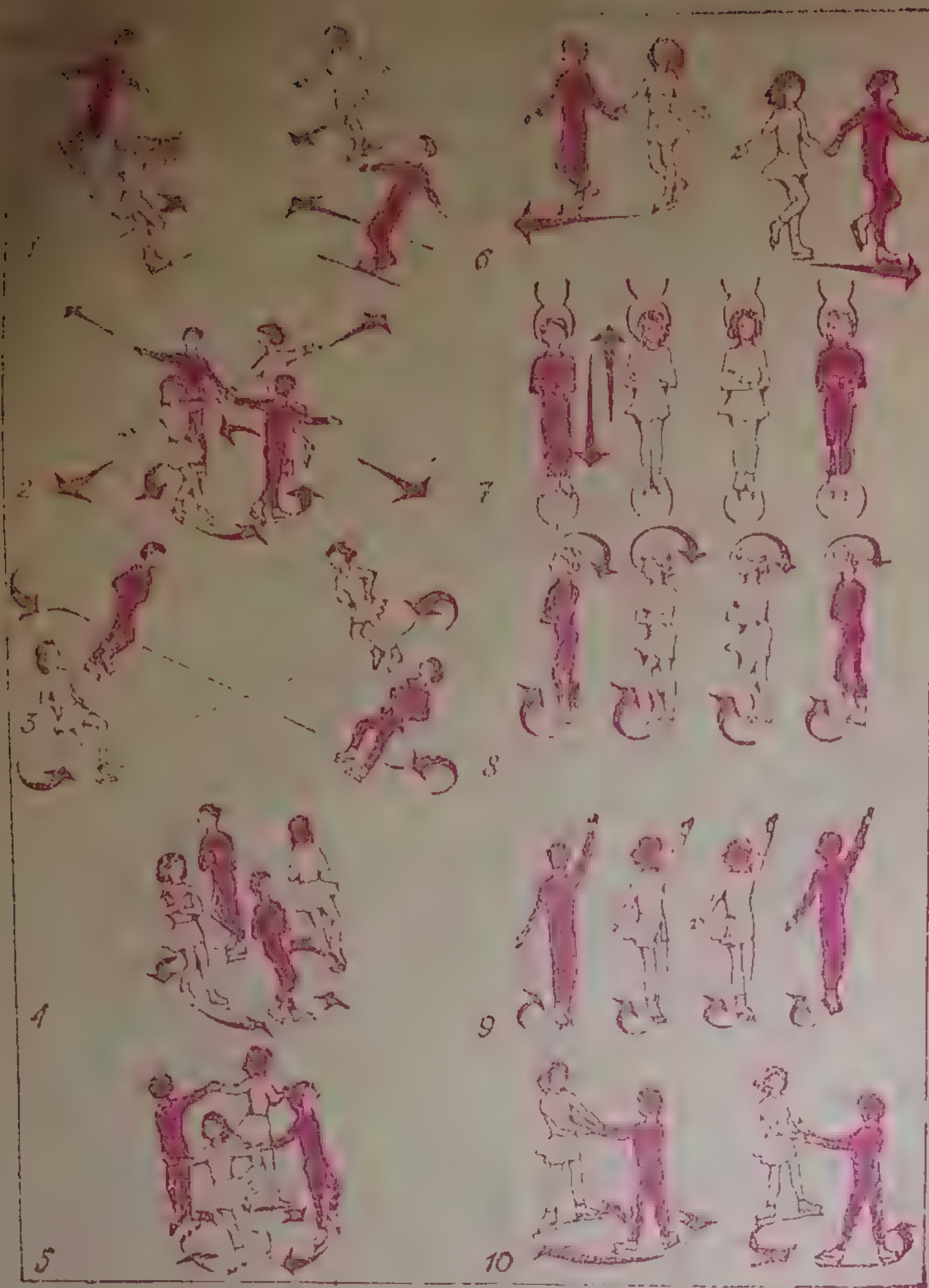
Люди пожилого возраста, которые вполне выглядели как старички (ходили мелкими шапками, покряхивали, покачивались из стороны в сторону, прихрамывали на одну, а то и на обе ноги), встав на коньки, приобретают совершенно другой, вполне бравый вид, катаются и не испытывают никаких неудобств. Только теперь я поняла истоки такого преобразования человека на катке. Это, естественно, следует использовать пожилым людям, которым занятия балльными танцами на льду возвращают молодость, красивую походку, восстанавливают объем движений в суставах, то есть не только приостанавливают болезнь суставов, но оказывают благоприятное воздействие на них с положительным лечебным результатом. Они при этом избавляются от боли в суставах, что также немаловажно.

КАДРИЛЬ ДЛЯ ДВУХ ИЛИ ЧЕТЫРЕХ ЧЕЛОВЕК

Танец выполняется в живом темпе. Музыкальный размер $\frac{2}{4}$. Разумнее разучить его по частям, так как в отличие от предыдущих танцев этот постановочный.

Несходное положение. Танцоры стоят по углам квадратной площадки, игриво поглядывая друг на друга. Если танец выполняется двумя танцорами, то они встают друг против друга в углах площадки, расположенных на одной диагонали. Если же танцующих собирается более четырех человек, то они распределяются за ведущим — колонной, ведущая танцует левой рукой, отдавая свободную правую руку назад, кисть держа на уровне пояса.

Первая часть. С началом музыки танцоры, стоя на левой ноге, на месте выполняют характерные танцевальные шаги (1), начинающиеся с легких ударов о 25



лед правой ногой (посок, каблук, каждый на один счет) и затем перепляс (опора на правую ногу, на один счет, и быстрые переступания с левой на правую ногу, выполняемые оба на один счет). Далее такие же шаги повторяются стоя на правой ноге, начиная с левой (посок, каблук, каждый шаг на один счет) и затем перепляс (встать на левую ногу на один счет и быстро переступить правой и левой ногой, выполнив оба шага на один счет).

Продолжая эти танцевальные шаги, танцоры продвигаются по диагонали к центру ледяной площадки, где, встретившись друг с другом, берутся левыми руками, образуя карусель. Повернувшись направо, они (2) двигаются в сторону против часовой стрелки теми же танцевальными шагами, поглядывая друг на друга. Совершив полный круг в центре катка, каждый танцор останавливается на своей диагонали и, повернувшись направо, односчетными беговыми шагами, высоко поднимая колени перед собой, устремляется в свой угол, положив руки на пояс.

Одновременно срезая угол, каждый танцор поворачивается на 180 градусов в левую сторону и по диагонали возвращается к центру катка (3). Встретившись в центре и скрестив руки перед грудью, они вновь выполняют начальные танцевальные шаги, стоя лицом друг к другу.

Вторая часть. Повернувшись направо (4), теми же шагами двигаются по кругу в сторону против часовой стрелки. Достигнув своей диагонали и выполнив поворот «тройкой» на левой ноге (вперед-наружу на два счета), они продолжают движение по кругу, но уже спиной вперед, дважды повторяя те же пританцовывающие шаги, начиная с правой ноги. Неожиданно остановившись и взяв друг друга за руки, образуют круг, стоя спиной к центру его, и начинают скользить вперед в сторону по часовой стрелке на дуге вперед-наружу, выполняя при этом три легких толчка носком левой ноги.

Далее продолжают скольжение вперед еще на три счета на прямой правой ноге, оттянув левую ногу, с развернутым кнаружи носком (5). Повторив эти шаги два раза, танцоры останавливаются и, разведя руки, выполняют поворот «тройкой» на правой ноге

(вперед-наружу на два счета). Вновь взявшись за руки, находясь спиной к центру образованного круга, начинают скользить на левой ноге вперед по кругу, но уже в сторону против часовой стрелки. Выполняют три легких толчка носком правой ноги, скользят затем на левой еще три счета без движений с оттянутой назад правой ногой. Разомкнув руки и повернувшись лицом к центру, взявшись за руки, вновь образуют замкнутый круг и продолжают скользить в сторону против часовой стрелки на четыре счета, стоя уже на двух ногах.

Третья часть. Партнеры разделяются на пары (или по одному, если они танцуют вдвоем) и двигаются по прямой линии к боковым сторонам катка, вновь выполняя пританцовывающие шаги с ударами: носок, каблук, перепляс, начиная с правой ноги (6). Лицом танцоры при этом обращены к мнимой публике, свободные руки и вытянуты, кисти находятся на уровне пояса. Достигнув боковой стороны катка, танцоры разъединяются и, повернувшись на 180 градусов, обратившись лицом к публике, они вновь берутся за руки и двигаются теперь навстречу друг другу, выполняя те же пританцовывающие шаги.

Остановившись в центре лицом друг к другу, скрестив руки перед грудью, они выполняют пританцовывающие шаги (посок, каблук, перепляс друг перед другом). Повторив эти шаги поочередно по два раза каждой ногой, танцоры быстро распределяются в одну шеренгу, встав лицом к публике, и двигаются вперед, выполняя «фонарик» (7) на восемь счетов, то соединяя, то разъединяя ноги на каждый счет, стоя на внутренних ребрах коньков. Руки при этом остаются скрещенными перед грудью. Затем, выполняя «фонарик» спиной вперед, продвигаются назад примерно на $\frac{2}{3}$ глубины ледяной площадки.

Четвертая часть. Каждый танцор начинает вращаться вокруг своей оси в сторону по часовой стрелке за счет подсечек (односчетных шагов — правая вперед-наружу, левая — вперед-внутрь из скрещенных сзади) на восемь счетов (8), оставляя руки скрещенными перед грудью. Затем, выполнив поворот «тройкой» на правой ноге (правая вперед-наружу) на два счета, танцоры вновь продолжают вращаться вокруг своей оси, но уже назад, выполняя односчетные шаги (левая — назад-наружу, правая — назад-внутрь из скрещенных впереди), поднимая при этом правую руку вверх (9).

Далее они вновь объединяются в пары и, взявшись друг с другом руками, скрестив перед грудью, вместе вращаются в сторону по часовой стрелке, встав на корабль (на внутренние ребра коньков обеих выпрямленных в коленных суставах и развернутых носками кнаружи ног) с слегка отведенными назад плечами и выпрямленным туловищем (10). На последнем такте музыки они одновременно останавливаются, поднимая правую руку вверх.

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА (ОСТЕОХОНДРОЗ)

В основе дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника лежит, в первую очередь, страдание межпозвоночного хряща, расположенного между телами позвонков. Поскольку межпозвоночные диски питаются в основном за счет явления осмоса, то при различных нарушениях кровообращения позвоночника и его оболочек выявляется дефицит пластических материалов, микроэлементов и витаминов, играющих большую роль в внутритканевом обмене веществ и необходимых для нормальной жизнедеятельности хрящевого диска. Недостаток кислорода вызывает гипоксию хрящевой ткани, в которой замедляются окислительно-восстановительные и одновременно усиливаются дегенеративно-дистрофические процессы в межпозвоночном диске и прилегающих тканях, в том числе и в костных элементах.

В телах позвонков образуются так называемые

...и дополнительные кост-
...по краям тел позвонков, что об-
...на рентгенограммах позвоночника
...позвонков и т. п. образований. При вы-
...дегенеративно-дистрофических наруше-
...дисках снижается их вы-
...что вызывает микротравматизацию
...межпозвонковых суставов, которые также подвер-
...дегенеративно-дистрофическим изменени-
...к остеохондрозу присоединяются явления
...спондилоартроза.

Клинически это проявляется местным болевым
...синдромом, ограничением объема движений в по-
...раженных отделах позвоночника. При дегенера-
...тивно-дистрофических нарушениях появляется
...отек мягких тканей, окружающих позвоночный
...столб. Это способствует длительному сдавлению
...межпозвонковых корешков и сопровождающих их
...сосудов, что проявляется в болевых ощущениях,
...иррадиирующих в конечности.

Остеохондроз чаще всего развивается в шейном
...и поясничном отделах позвоночника и значитель-
...но реже — в грудном.

При остеохондрозе шейного отдела позвоночни-
...ка больных чаще всего беспокоят головные боли,
...хруст в области шеи при движениях головы. Мо-
...гут появиться боли в области сердца, но наиболее
...частое проявление шейного остеохондроза мы на-
...блюдаем в виде плечелопаточного периартрита,
...передко сопровождающегося болевыми ощущения-
...ми в локтевых суставах, в кистях рук, усиливаю-
...щихся в ночное время.

Отек тканей и сдавление симпатических нерв-
...ных стволов, идущих вместе с сосудами, питаю-
...щими головной мозг, вызывает резкие головные
...боли. Они усиливаются еще за счет сдавления
...отечными тканями позвоночной артерии, идущей
...в костном ложе поперечных отростков шейных
...позвонков и несущей кровь непосредственно к
...головному мозгу и его оболочкам. При этом раз-
...вивается синдром вертебробазилярной сосудистой
...недостаточности в виде головокружения, внезап-
...ных кратковременных потерь сознания при пово-
...ротах головы и т. д.

При шейно-грудном остеохондрозе у больных
...могут появиться боли по ходу межреберных нерв-
...вов, боли в межлопаточной области. При пораже-
...нии пояснично-крестцового отдела позвоночника
...выявляется пояснично-крестцовый радикулярный
...синдром (радикулит): боли в ягодичной области,
...распространяющиеся по задней поверхности
...бедрен, переходящие на голень. При этом ограни-
...чиваются движения в поясничном отделе позво-
...ночника. При наклоне вперед у больных выявля-
...ются мышечные тяжи по обеим сторонам позво-
...ночника в области поясницы. Появляется утом-
...ляемость ягодичных мышц, мышц спины, иногда
...икроножных мышц. Больные не могут долго сто-
...ять, испытывают неудобства при длительном си-
...дении.

Боли в поясничной области у них объясняются
...снижением амортизирующей функции межпозво-
...нковых хрящей за счет снижения эластичности
...межпозвонкового диска, чрезмерным раздражени-
...ем суставно-связочного аппарата межпозвонковых
...суставов и увеличением сдавления нервных ко-
...решков отеками тканей. При обследовании в
...этом случае у больных выявляются положительные
...симптомы натяжения (симптом Ласега и Вас-
...сермана).

Занятия балльными танцами на льду могут ока-
...зать многогранное благоприятное воздействие на
...нарушенные при остеохондрозе патофизиоло-
...гические компоненты. С улучшением дыхатель-

ной функции легких, за счет увеличения объема
...вдыхаемого воздуха, повышается парциальное
...давление кислорода в кровеносном русле, умень-
...шается гипоксия тканей, улучшаются обменные
...процессы в организме, в том числе и в тканях
...позвоночника и тем самым тормозится нарушение
...клеточных структур.

Богатый приток крови к шейному отделу позво-
...ночника нормализует крово- и лимфообращение
...головного и спинного мозга и их оболочек, умень-
...шает застойные явления в мягких тканях и спо-
...собствует улучшению циркуляции спинномозго-
...вой жидкости, что приводит к исчезновению
...головных и выраженных поясничных болей, то
...есть к устранению вторичного болевого синдрома
... (соответственно при плечелопаточном периартри-
...те и пояснично-крестцовом радикулите).

Этому способствуют пешие, без резких толч-
...ков, движения при скольжении на коньках. При-
...нятие определенных танцевальных позиций и поз,
...активные движения конечностями и головой зна-
...чительно увеличивают проприоцептивное влияние
...на состояние центральной и периферической
...нервной системы. Постепенно увеличивается
...объем движений в шейном и поясничном отделах
...позвоночника и в крупных суставах конечностей,
...уменьшается болевой синдром.

При регулярных занятиях балльными танцами
... (вначале падекатр, затем медленный вальс и,
...наконец, кадрили) на льду человек постепенно
...приобретает здоровье и вскоре забывает о своих
...недугах, связанных с таким распространенным
...заболеванием, как остеохондроз позвоночника.

ОБЩИЕ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ НА ЛЬДУ

ВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ

Высокая температура тела (лихорадка).

Остеохондропатия у детей и подростков. Это бо-
...лезнь Пертеса — асептический некроз головки бедрен-
...ной кости у детей 5—7-летнего возраста, апофизиты
...пяточных костей, встречающиеся в возрасте 7—11 лет,
...болезнь Шлиттера (остеохондропатия бугристости
...большеберцовой кости, выявляемая в 11—14-летнем
...возрасте), болезнь Кальве (остеохондропатия тел груд-
...ных позвонков, у детей 5—10 лет). По излечении этих
...заболеваний дети могут заниматься балльными танцами
...на льду, но следует учесть, что данные заболевания
...длятся не менее 1—3 лет, поэтому требуют тщатель-
...ного наблюдения ортопеда и активного лечения под
...его руководством (без применения танцев на льду!).

Криптирующий тендовагинит сухожилья, малобер-
...цовых мышц, ахиллова сухожилья. По исчезновении
...болей можно осторожно возобновить занятия танцами
...на льду.

Неосложненный перелом одного или двух тел по-
...звонков в грудном или поясничном отделах позвоноч-
...ника. После перерыва (не менее года) при отсут-
...ствии болевого синдрома можно возобновить или на-
...чать занятия балльными танцами на льду.

Переломы костей конечностей, осложненные по-
...вреждением периферических нервов с паличием выра-
...женного пареза конечностей, до момента начала вос-
...становления активной работы, по разрешению лечя-
...щего невропатолога.

Наличие металлоконструкций для иммобилизации
...перелома костей конечности до момента их полного
...удаления и перестройки кости, подтвержденной рент-
...генологически.

Наличие аппаратов внеочагового костного остеопи-
...теза (Илизарова, Волкова-Оганисяна, Костюка и др.),
...поставленных после перелома костей или для исправ-
...ления контрактуры в суставе, до снятия их и раз-
...решения полной нагрузки на поврежденную конеч-
...ность (с контролем у травматолога).

ПОСТОЯННЫЕ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ

Наличие эндопротеза (искусственного сустава).

Анкилоз (полная неподвижность) одного из суставов нижней конечности.

Любый сустав (подвижность в несвойственном месте) одного из сегментов конечности.

Аномалии развития нижней конечности, затрудняющая процесс ходьбы и стояния.

Нарушение связочного аппарата коленного сустава (нестабильный сустав).

Деформирующий коксартроз III стадии, гонартроз III стадии и другие кистозно-дистрофические заболевания суставов с выраженным болевым синдромом и резким ограничением функции.

Болезнь Бехтерева с выраженным болевым синдромом.

Осложненный перелом позвоночника с повреждением спинного мозга.

Грыжа диска (до и после оперативного вмешательства).

Спастический парализ или гемипарез, вне зависимости от этиологии заболевания.

Эпилепсия с судорожными припадками, сопровождающаяся потерей сознания.

Выраженные головокружения.

Психические заболевания различной степени выраженности.

Тяжелые общие заболевания внутренних органов, препятствующие назначать больному физическую нагрузку (сахарный диабет, артериальная гипертония, злокачественное течение и др.).

Наличие онкологических заболеваний.

Прогрессирующие формы сколиозов IV—III степени.

Сколиоз, осложненный низким вальгусным паравальгусом, требующий ношения специальных корсетов для разгрузки позвоночника.

Резко выраженное плоскостопие III степени с левым синдромом.

Остеомиелит, свищевая форма.

Туберкулез костей и суставов.

Ампутационная культя нижней конечности — на любом уровне, вне зависимости от качества протезирования.

Многооскольчатый перелом костей одного из сегментов конечности, осложненный повреждением крупных сосудов.

Ряд доброкачественных опухолей костной системы (остеобластокластома, фиброзная дисплазия и др.), способствующих развитию патологических переломов кости.



Рассказывают ученые-медики Центрального института усовершенствования врачей, кандидат медицинских наук Галия Сергеевна ЗЕФИРОВА и доктор медицинских наук, профессор Александр Сергеевич АМЕТОВ.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ:

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА

Нарушение функции опорно-двигательного аппарата в виде характерного синдрома, получившего название «диабетическая стопа», развивается на фоне диабетической нейропатии как у молодых людей (преимущественно длительно болеющих сахарным диабетом), так и у пожилых больных. Это одно из осложнений сахарного диабета, причиной которого у 60% больных является нарушение функции периферических (в особенности, чувствительных) и вегетативных нервов стопы, и значительно, реже — атеросклероз сосудов ног, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

Такое нарушение функции периферических нервов (полинейропатия) сопровождается снижением болевой и температурной чувствительности стопы, снижением или полным исчезновением сухожильных рефлексов, нарушением потоотделения. Примечательно, что в начальной стадии больные обычно жалуются на внезапно наступающие боли и судороги в ногах, появляющиеся по ночам, исчезающие или ослабевающие во время ходьбы.

При постепенном снижении болевой и температурной чувствительности кожи, особенно силь-

но выраженной на стопах, больные перестают ощущать боль при различных повреждениях стопы. Это и потертости, порезы, и подногтевые кровоизлияния, и трещины, подошвенные мозоли, ожоги, язвы. Не вызывают болевых ощущений и деформация суставов стопы, их отечность и даже спонтанные переломы мелких костей стопы.

ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ КАЖДОМУ

Опасность инфицирования кожных повреждений стопы. В результате могут появиться трофические язвы, воспалительные процессы. Особенно часто язвы образуются на пальцах и подошве — на месте мозолей, давление которых на ткани стопы вызывает нарушение кровоснабжения. При воспалении образуется гной, который, проникая в глубь мягких тканей стопы, вызывает расплавление сухожилий, мышц и костей. Процесс этот (флегмона), сопровождается отечностью и покраснением стопы, значительно ухудшает ее кровоснабжение и может привести к необходимости оперативного вмешательства, вплоть до ампутации конечности!

К сожалению, в большинстве случаев больные не сразу обращаются к врачу, долгое время занимаются самолечением инфицированных ран стопы, так как болей они, как правило, не испытывают, вследствие повреждения чувствительных нервов. К тому же из-за особой плотности подошвенного слоя кожи, гной не может прорваться наружу из очага воспаления, как это обычно происходит, а проникает в глубь стопы по сухожилиям, что ведет к повреждению костей (остеомиелит). Вот почему при любых повреждениях стопы и, особенно, при наличии

Присоединяясь к любознательным читателям, можем сообщить, что годом *Белой лошади* называют в восточном 60-летнем циклическом календаре 7-й год цикла. Об этой системе исчисления времени рассказано на страницах факультета «Твое здоровье» № 1 за 1989 г.

В столице нашей страны год *Белой лошади* наступит в ночь на 27 января 1990 г., а закончится 14 февраля 1991 г., с наступлением года *Белой овцы (козы)*.

Год *Белой лошади* насчитывает 384 дня, состоит из 12 и 1 вставного лунных месяцев. Белый цвет в традиционной восточной символике обозначает один из пяти «элементов природы» — металл, одну из пяти «стихий» — осень, планету — Венеру, запад — среди географических направлений.



признаков воспаления, тем более при отсутствии боли, важно немедленно обратиться к хирургу.

ОПАСНОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НОГ

Если у молодых больных основная причина диабетической стопы — большой срок заболевания сахарным диабетом, то у больных пожилого и старческого возраста это атеросклероз сосудов нижних конечностей, сочетающийся, как правило, с поражением сосудов сердца, мозга и других органов.

Уменьшение просвета (вплоть до полной закупорки) артерий ведет к уменьшению кровоснабжения стопы и голени. Поэтому первыми признаками атеросклеротического повреждения сосудов ног являются ослабление пульсации сосудов голени и стопы на обеих ногах, а также появление болей в икроножных мышцах при ходьбе, вынуждающих больных делать остановки для отдыха. Это очень важный симптом.

При атеросклерозе артерий стопы обычно бывают холодными, кожа сухая, бледная. Характерны исчезновение волос, утолщение и растрескивание ногтей, появление трещин и мозолей на подошве. Нередко наблюдается покраснение пальцев стопы, которое исчезает при их поднятии выше горизонтального положения. Типичное проявление выраженного нарушения кровообращения в стопе — некроз кончиков пальцев в виде болезненных участков черного цвета, признаков возникающей гангрены пальцев, а инфицирование стопы угрожает флегмоной.

Каковы же предрасполагающие факторы атеросклеротических изменений сосудов и повреждение тканей стопы?

Прежде всего повышенное артериальное давление, ожирение, увеличение содержания в крови холестерина, курение и недостаточная компенсация сахарного диабета.

Клинические проявления диабетической стопы значительно тяжелее в ряде случаев, когда у больных наблюдается сочетание поражения периферических нервов (диабетическая полинейропатия) и атеросклероза сосудов нижних конечностей.

КАК БЫТЬ БОЛЬНОМУ?

Основным методом лечения трофической язвы, инфицированного повреждения стопы, остроразвившейся артропатии является постельный режим, применение антибиотиков и компенсация сахарного диабета. В отдельных случаях постельный режим может быть заменен использованием костылей. Устранение нагрузки на стопу во время ходьбы необходимо для улучшения кровоснабжения и скорейшего заживления язвы.

Необходимо ежедневно обрабатывать раневую поверхность на стопе дезинфицирующим раствором, удалять отмирающие ткани в соответствии с рекомендациями хирурга. Улучшения оттока гноя из раны можно добиться хирургическим путем. Также проводится антибактериальная терапия под наблюдением врача.

Если в основе синдрома диабетической стопы лежит атеросклероз сосудов, то, в дополнение к вышеуказанной терапии, показано применение сосудорасширяющих препаратов. При наличии показаний иногда применяют пластические операции на сосудах путем замены части дефектной артерии или вшивания сосуда в обход закупоренной ее части (шунтирование).



Для важнейших рекомендаций для предупреждения диабетической стопы, которые необходимо строго соблюдать каждому:

— ежедневно осматривать ноги (пальцы, подошвы);

— ежедневно мыть теплой водой ноги, особенно в межпальцевых промежутках;

— при повышенной потливости припудривать ноги в межпальцевых промежутках;

— смазывать сухие участки кожи смягчающим кремом;

— носить удобную обувь, не вызывающую повышенного давления на стопу (желательна мягкая стелька);

— удалять мозоли (при помощи пемзы) только после ножной ванны;

— подстригать ногти после теплой ванны и не выстригать их в углах (срезать прямо) для предупреждения образования вросших ногтей, к выполнению этой процедуры при возможности привлекать членов семьи;

— использовать только хлопчатобумажные или шерстяные носки без резинок;

— никогда не ходить босиком;

— не пользоваться грелкой для согревания ног;

— по рекомендации врача носить ортопедическую обувь;

— при первых же признаках повреждения кожи на стопе немедленно обращаться к врачу;

— строго соблюдать рекомендации по лечению сахарного диабета.

Для профилактики диабетической стопы при атеросклерозе сосудов ног полезны упражнения по методу Бергера. Это десятиминутные циклы из 3 положений, которые следует выполнять 3 раза в день ежедневно.

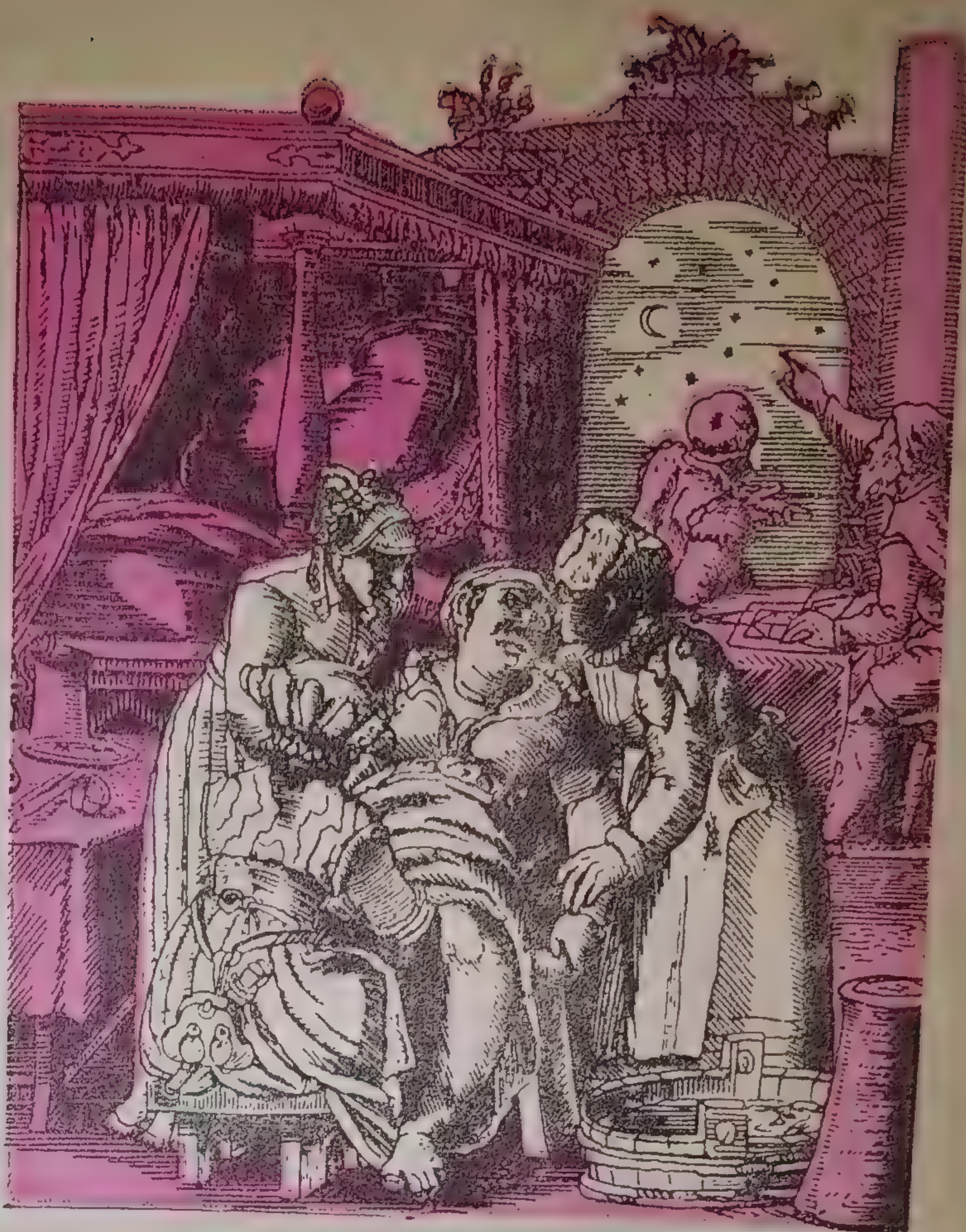
Положение 1. Лежа, с приподнятыми примерно на 30 см ногами — в течение 2 минут.

Положение 2. Сидя на кровати с опущенными ногами в течение 3 минут.

Положение 3. Лежа с вытянутыми горизонтально ногами в течение 5 минут.

Такие повторные в течение дня упражнения для ног способствуют улучшению кровообращения в сосудах голени и стоп. Профилактические мероприятия позволяют в большинстве случаев предупредить или замедлить прогрессирование нарушений, столь характерных для диабетической стопы.

Домашнему астрологу



ПОТЕНЦИИ РОЖДЕНИЯ

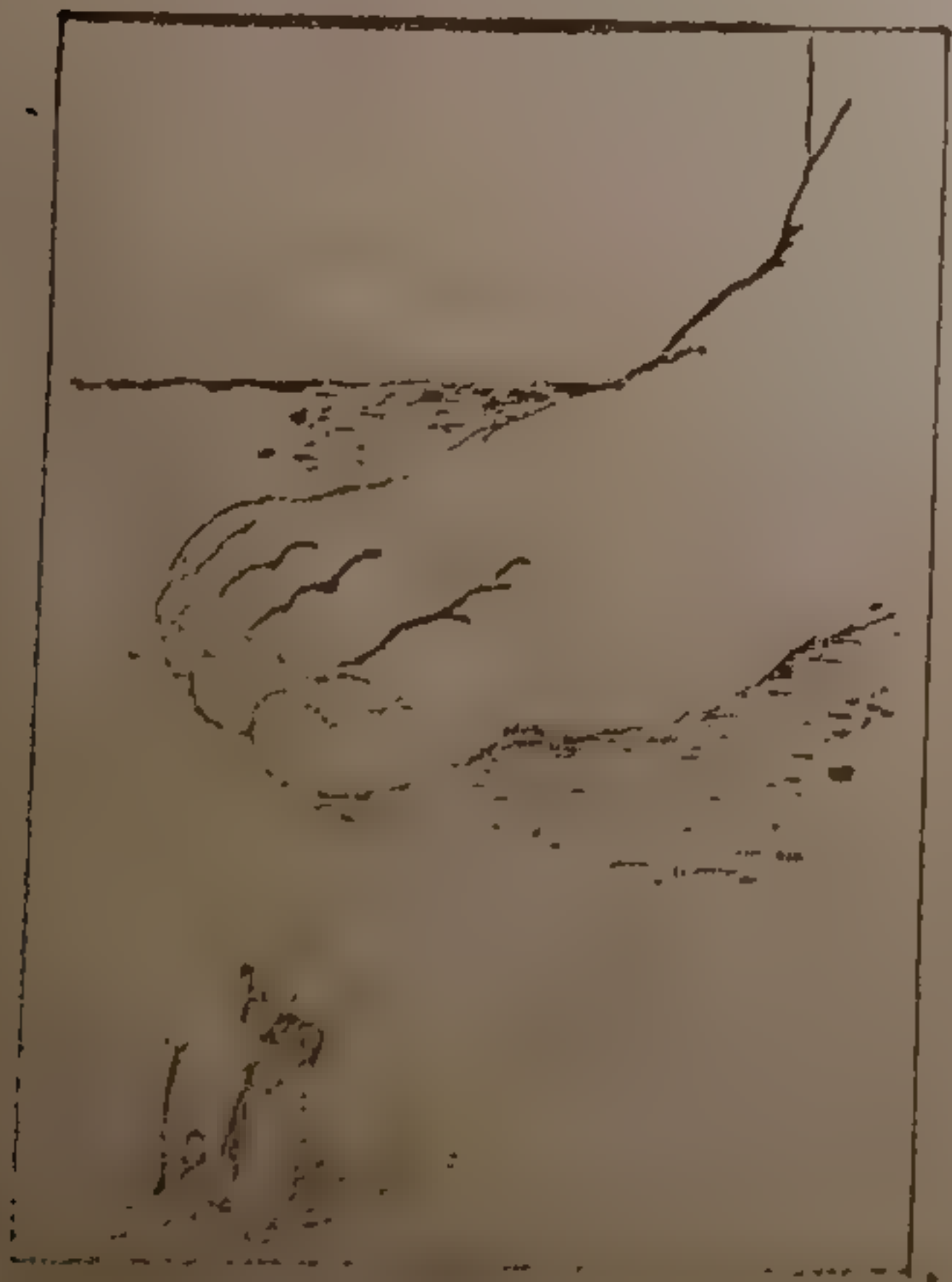
С глубокой древности накапливались наблюдения, относящиеся к совпадению цикличности тех или иных жизненных явлений с планетными циклами. На этой основе появилась возможность прогнозировать наиболее важные явления и события предстоящей жизни с самого момента рождения, и в этом случае речь идет о *потенциях рождения*, говоря языком астрологии.

Пользоваться сведениями о потенциях рождения читателю еще предстоит научиться, а вот как их получить, расскажем теперь. Для этого и строится натальная карта (карта рождения) в виде графического изображения, представленного на иллюстрации (на 2-й стороне обложки). Само название карты рождения происходит от латинского *natalis* — день рождения. Издавна употребляется и термин *генитур*, означающий по-латыни *рождение, положение небесных светил в час рождения, а также судьбу, удел*.

Натальную карту теперь чаще представляют в виде круга, на котором отмечено положение (на момент рождения) планет, знаков зодиака и секторов небесной

сферы. На иллюстрации на 2-й стороне обложки приведена карта рождения СССР, «поворожденный», хорошо знакомый и близкий каждому. Существует и квадратный тип изображения натальной карты (тип Плацидуса — по имени средневекового астролога), представленный на иллюстрации примером натальной карты Декларации независимости США, датированной моментом ее принятия 4 июля 1776 года (в 22 часа 10 минут местного времени в Филадельфии). Генитур государств и эпохальных событий, так же как и отдельных людей, составляют объект астрологического анализа.

Генитур СССР на карте, приведенной на иллюстрации, рассчитана на 17 часов 36 минут (поясного времени Москвы по месту и времени принятия голосованием решения об образовании государства) и является примером круговой карты в отличие от карты типа Плацидуса. На ней горизонтальная линия, проходящая через точки Asc (от латинского слова «восход») и Desc (от слова «заход»), отмечает земной горизонт. Нижний полукруг — это



...сферой, находясь...
...в момент рождения под...
...и вращений полу...
...иными ее часть над...
...Голки МС и IC отме...
...и расчетные значения с...
...небесным меридианом, это точки...
...и нижней кульминации...
...и небесной сфере...
...расположен. — Прим. ред.). Верти...
...кальная линия, проходящая че...
...рез точки МС и IC, отмечает...
...небесный меридиан — большой...
...круг небесной сферы, проведен...
...ный через точки юга и севера...
...на земном горизонте) и зенит.

Двенадцать равных частей, на которые разделена окружность натальной карты, это двенадцать секторов небесной сферы — так называемые астрологические дома, начало отсчета каждого из которых дается в градусах зодиакального знака (равного 30 градусам). По окружности натальной карты отмечены планеты с указанием градуса зодиакального знака, в котором каждая из них находилась в момент рождения.

Линии, соединяющие планеты, указывают на три вида воздействия планет друг на друга (это их взаимные аспекты, выделенные на карте): *консонансное* (взаимодействующие), *диссонансное* (конфликтное) и *творческое* (обновляющее, вынуждающее изменить форму проявления каждой из взаимодействующих планет). Планеты же, не связанные аспектами (линиями на карте), не оказывают друг на друга прямого влияния. Две точки на карте, не связанные линиями, обозначают диаметрально противоположные *лунные узлы*, то есть точки пересечения лунной орбиты с плоскостью эклиптики.

На натальной карте отмечено время — дата, час и минуты рождения (30 декабря 1922 года, 17 часов 36 минут) с точностью до 2 минут. Заметим, что часто клиент астролога не знает времени рождения с необходимой точностью до 4 минут, и в таком случае приходится прибегать к процедуре *ректификации* — задаче, обратной астрологическому прогнозу: по известным событиям жизни определяется точное время рождения.

* * *

Таким образом, чтобы построить натальную карту, надо иметь следующие сведения: *точное время рождения, дату его и место* (географическая долгота и широта), а все остальное определяется по этим данным.

И тем, как самостоятельно строить натальную карту для со-

ставления индивидуальных гороскопов (в отличие от тех, которые ходят по рукам, одни и те же для всех), будет рассказано в практикумах (Ф. К. Величко (в последующих публикациях на номере в номер. — Прим. ред.)). Здесь же подчеркнем, что перечисленные элементы натальной карты (*планеты, дома, зодиакальные знаки, аспекты и лунные узлы*) и их взаимные расположения позволяют с достаточной точностью выявить потенциал рождения и прогнозировать их реализацию в жизни.

Такая интерпретация натальной карты и называется гороскопом (от греческих слов *хора* — час, *скопос* — наблюдаю). По натальной карте определяются и жизненные ритмы человека. Обо всем об этом и пойдет речь в наших следующих публикациях.

условные обозначения

- аспект взаимодействия /консонансный/
- ~~~~~ аспект конфликта /диссонансный/
- ♦♦♦♦♦♦♦♦ аспект обновления /творческий/

По натальной карте СССР можно сказать, что в момент рождения (точное время которого ректифицировано автором) положение Солнца (находящегося в девятом градусе Козерога) усиливает действие Сатурна, стоящего в сильной позиции (вблизи кульминации своей, в знаке Весы), что указывает на сильную тенденцию к *централизации, консерватизму, ограждению от всяческих внешних влияний, к предельной формализации и регламентации* внутренней жизни. Такого проявления принципа 7, выражаемого Сатурном. И, как мы знаем, это нашло подтверждение в истории нашей страны.

Вместе с тем восходящая планета Нептун (в знаке Льва) и приближающаяся к своей верхней кульминации Луна (в одиннадцатом доме) указывают на закономерный переход к *демократическим тенденциям и гласности*. Суть дела в том, что влияние планеты, приближающейся к своему восходу над горизонтом, усиливается, и момент восхода — это ее *звездный час*, когда она максимально проявляет свое действие. Вторая по силе позиция планеты — это ее самое верхнее и самое нижнее положения по отношению к горизонту (т. е. в точках верхней и нижней кульминации — МС и IC).

Судя по карте, с момента рождения наиболее существенные стороны развития должны быть связаны с борьбой двух тенденций, обусловленных противоположными влияниями сильных позиций Сатурна и Нептуна. Связанные с ней поворот-

ные моменты и кризисы развития происходят в периоды их сближения (так называемое соединение планет) в одной точке (граду) эклиптики. Соединение двух этих медленно движущихся планет — Сатурна и Нептуна — происходит редко, с периодами в 36 лет, и такое астрономическое событие происходило после 1922 года впервые с сентября 1952 по октябрь 1953 года, более того, вблизи точки положения Сатурна на натальной карте, что весьма сдерживало влияние Нептуна. А в очередном соединении — с декабря 1988 по январь 1990 года — позиция Нептуна усилилась, поскольку произошло это в точке положения Солнца на натальной карте, что значительно ослабило проявления Сатурна. Что же дает карта для прогноза?

Пользуясь тем же методом транзитов, можно сказать, что в свою очередь Сатурн, только что прошедший вслед за Нептуном через натальное положение Солнца, сдерживает все еще и ограничивает его влияние. А это и позволяет сохранять устойчивую форму. Когда же через точку положения Солнца на натальной карте пройдет транзитный Уран порождающий перемены (мутации), следует ожидать и толчок к серьезным реформам, с усилением центробежных тенденций. Можно указать два-три таких периода, соответствующих троекратному прохождению (петлеобразному) Урана через натальное положение Солнца: февраль — март, затем май — июнь, наконец, декабрь 1990 года. К тому же в декабре нынешнего года Сатурн перейдет из знака Козерог, в котором он находится теперь, в знак Водолея, что заметно ослабит его консервативное влияние.

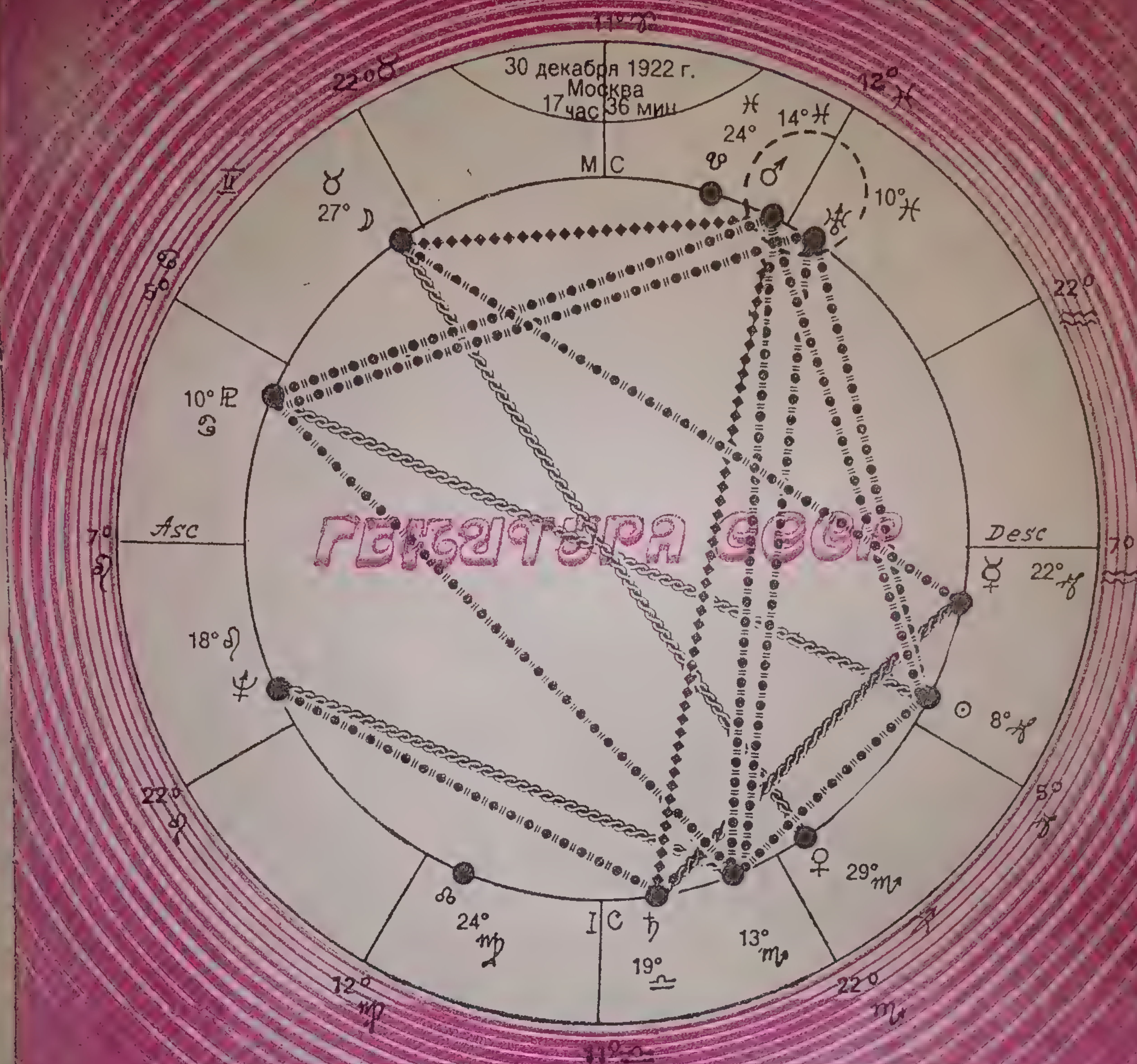
Далее, наиболее примечательным событием, относящимся к генитуре СССР, явится период соединения Урана и Нептуна с 1991 по 1995 год, которое наблюдалось в предыдущий раз около 170 лет назад и теперь произойдет впервые в нашей истории.

Соединение Урана и Нептуна произойдет в знаке Козерог, а следовательно, взаимодействие их (чрезвычайно усиливающее демократический дух, децентрализующее и реформаторское влияние обоих) вызовет сильное столкновение с интересами Козерога, продиктованными властью Сатурна — «хозяина» этого знака. И главное, появится возможность реального выбора, который нельзя будет не сделать окончательно на рубеже 1993—1994 годов, иначе уже с момента перехода Урана в знак Водолея, ожидаемого в 1996 году, давление пара в котле достигнет критического, ведь управляет Водолеем Уран.

© М. ЛЕВИН



ПОТЕНЦИИ РОЖДЕНИЯ



Примечание к прогнозу на февраль М. Б. Левина и Т. М. Митяевой (смотри первую сторону обложки): в указанных в таблице днях начало суток рассчитано по московскому времени.

2/90

ФЕВРАЛЬ

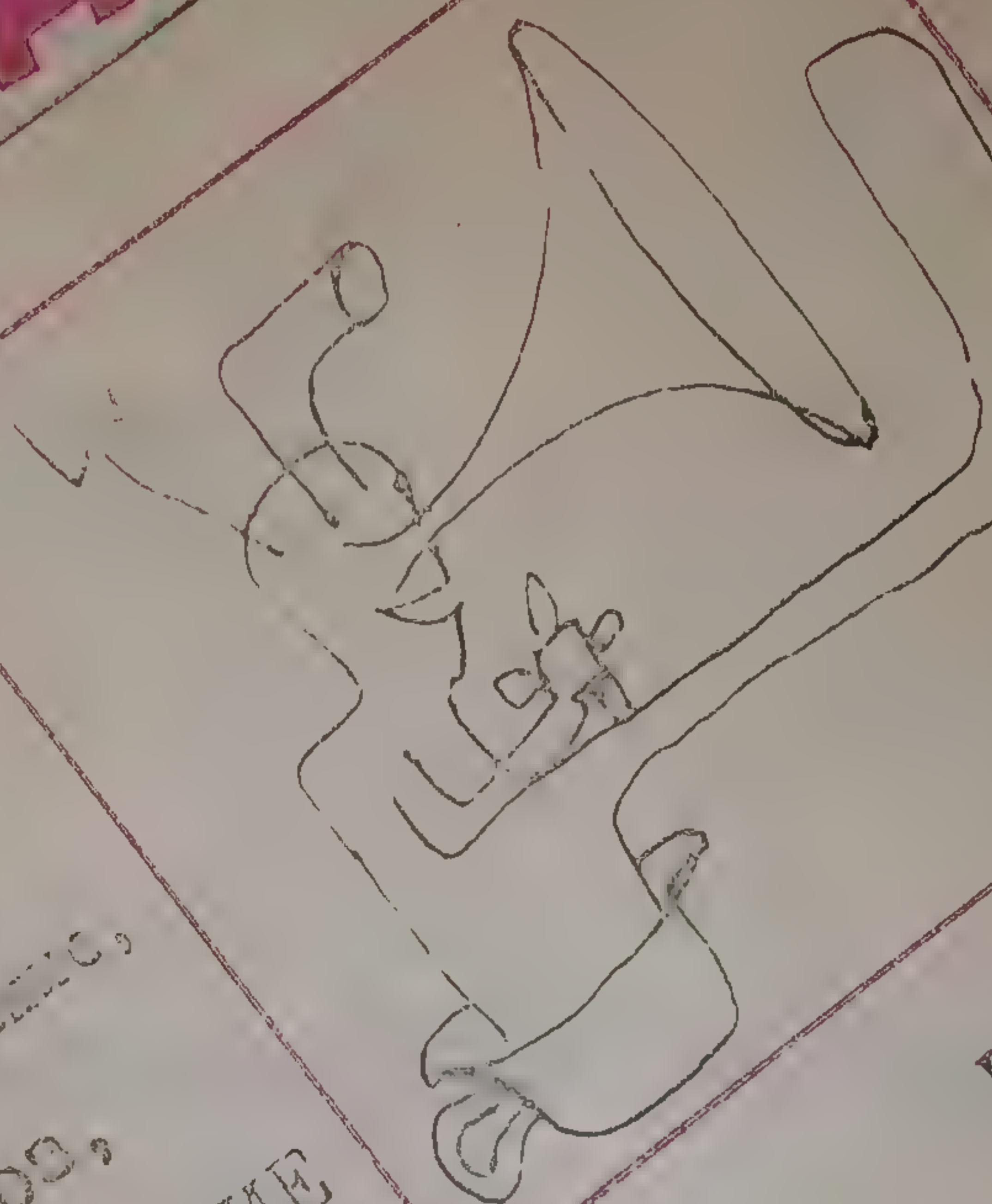
Ежемесячник

ТВОЕ ЗАОПОРОВЬЕ

СОВЕТЫ

И РЕКОМЕНДАЦИИ
ПРАКТИЧЕСКИХ
ВРАЧЕЙ

Телести:
тотем,
прогноз,
предупреждение



БЕСЕДЫ
с учеными-
медиками

ПОДПИСНОЕ ИЗДАНИЕ

Цена 20 коп.
Подписной индекс 70063

ПРОГНОЗ НА МАРТ

Поддержанность вашего настроения колебаниям
Дни эмоциональной неустойчивости 1, 2, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 23, 31
Дни благоприятные 3, 4, 16, 17
Дни повышенной конфликтности 1, 6, 11, 12, 15, 23, 25
Дни эмоционального спада с тенденцией к депрессии 6, 7, 21, 28
Влияние на вашу волевою сферу (активность)
Дни благоприятные для деловой активности 2, 14, 17, 25, 26
Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений 1, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 23
Дни требующие повышенной сосредоточенности, осторожности 9, 10, 12, 24, 27, 28, 31
Дни внешнего динамизма и одно-

временно с тенденцией к конфликтам 1, 2, 16, 29
Влияние на вашу интеллектуальную деятельность
Дни большей продуктивности мышления 1, 4, 5, 8, 14, 15, 16, 22, 25, 26
Дни меньшей продуктивности мышления 3, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 27, 30, 31
Предупреждение непредвиденных ситуаций
Дни, благоприятные для поездок и путешествий 4, 5, 9, 16, 17, 18, 25, 30
Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий 1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 23, 24, 27, 28
Дни повышенной аварийности 5, 6, 11, 12, 13, 25, 24, 27
Дни повышенного бытового и производственного травматизма 1, 6, 7, 11, 13, 14 (вечер), 15, 20, 23, 24, 26

В выпуске читайте:

О ЦЕЛЕБНОМ ПИТАНИИ
И СЫРОЕДЕНИИ
О НОВЕЙШЕЙ ПАРАДИГМЕ
ПИТАНИЯ
ДОМАШНЕМУ АСТРОЛОГУ

Издательство
«Солнечный свет»

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово читателю	
Р. СТРАТНЕРСКАЯ. А есть-то надо!	(3)
Энциклопедия здоровья	
И. БЕРЕЗНИН. Целебное питание	(5)
Читателю на заметку	
Разомкнуть псевдотребования порочный круг	(16)
Взгляд в прошлое	
П. РОЖКОВА. Таинство сотворения	(24)
Слово — публицисту	
А. МИНКИН. Дырка от бублика	(26)
Антология «Твое здоровье»	
Эпиграммы Автомедонта, Лукиллия, Луклана, Паллада	(28)
Демашнему астрологу	
М. ЛЕВИН Самоанализ: астральный план	(28)
Ф. ВЕЛИЧКО. Астрологический практикум. Занятие I	(30)
Прогноз «Твое здоровье»	
М. Левин, Т. Митяева. Март	(1)

Редактор В. АЛГУЛЬЯН

© Издательство «Знание»,
«Твое здоровье», 1990 г.

П 33 Питание и здоровье (выпуск 1). — М.: Знание, 1990. — 32 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 2).

ISBN 5-07-000833-1

20 к.

Основу выпуска составляет энциклопедия здоровья профессора И. П. Березина «Целебное питание». В ней — выступление публициста Р. Стратнерской, М. Б. Левина «Самоанализ: астральный план» и астрологический практикум Ф. К. Величко.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4105040000

ББК 53.51

На первой стороне обложки: рисунок Павла Филипповского В тексте: репродукции живописи Апола Аюпана, Сальвадора Дали, графика Павла Храмцова, юмористические рисунки М. Валиахметова, А. Василенко, В. Иванова, а также из «Уолл-стрит джорнэл» (США)

На развороте (с. 16): рисунки А. Гурского, В. Дубова, Л. Тишкова и Лотера Отто (ГДР)

Художники-сформители:
П. ХРАМЦОВ,
Т. ЧИРКОВА,
В. КОНЮХОВ

Худож. и техн. редактор П. Храмов
Мл. редакторы Е. Гродко, Л. Щербакова
Корректоры С. Каченко и Е. Шарикова

ИБ № 10752

Сдано в набор 14.02.90. Подписано к печати 07.03.90. Формат бумаги 60X84^{1/8}. Бумага газетная. Гарнитура обыкновенная. Печать высокая. Усл. печ. л. 4,00. Усл. кр.-отт. 6,00. Уч.-изд. л. 4,54. Цена 20 коп. Тираж 8138 636 экз. Заказ 0347.

5-6-7-й заводы по 500 000 экз; (2 000 001—3 500 000 экз)

Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр. пр-д Серова, д. 4. Индекс заказа 906902.

Типография ордена Трудового Красного Знамени печати и полиграфического объединения ЦК ВЛКСМ «Московский печатник». Адрес ИПО: 103030, Москва, К-30, Сущевский уз. д. 21.

Комментарий к теме выпуска ведет постоянный читатель факультета «Твое здоровье», публицист Рита СТРАТИЕВСКАЯ.

А ЕСТЬ-ТО НАДО!

Удивительное дело! Чем пустынее становятся наши прилавки, тем активнее советуют нам — для нашей же, разумеется, пользы — не есть мясо, масло, сахар... От мяса человек, оказывается, преждевременно стареет. Хотя всем известно, что кавказские долгожители от хорошего шашлыка никогда не отказывались. Масло отравляет наш организм холестерином, а сахар вообще яд в чистом виде.

Зато вокруг вареной колбасы, которую уже не едят даже кошки, какая полемика развернулась! Народ наизвно вопрошает: **«Почему колбаса стала невкусной!»** Да потому, что в нее мясо уже давно не кладут, одни добавки, якобы соответствующие по... формуле... лучшим сортам мяса. Может, мы отвыкли от лучших сортов? Или не привыкли к формулам?

Совсем опустевшие магазины все чаще (наверное, чтобы не раздражали своей наготой население) стали закрывать на ремонт. Вот и у нас закрыли. Еще в прошлом году. А тут смотрим — окна-витрины сверкают чистотой. Неужто продукты завезут и откроют? Но продавцы наш пыл остудили: **«Или не видите! Какие продукты! Прилавки еще не завезли!»** А может быть, сначала все-таки продукты? Пусть докажут, что магазин продовольственный. Тогда можно и прилавки завозить.

А тут как-то и всеми обожаемый психотерапевт Кашпировский дал «установку» толстякам не есть хлеб и картошку! Господи! Что же нам, толстякам (я как раз отношусь к этой все увеличивающейся категории населения), есть? **Овощи и фрукты — советуют диетологи, специалисты по питанию. Но...**

Ох уж это вездесущее «но». В овощах, по утверждению корреспондента телепрограммы «Добрый вечер, Москва!», в нынешнем году (вероятно, так было и в прошлом, просто никто не прозерял) очень много и нитратов и нитритов. А еще селитра в арбузах и дынях — щедрых дарах наших собратьев из южных солнечных республик. Особенно в рыночном варианте. А поскольку «в магазинном» никакого ассортимента не наблюдается (только весьма неприглядного вида картошка, которую, как мы уже знаем, есть рекомендуется ограниченному контингенту населения, и капуста, которая, опередив официальные морозы уже в начале октября продавалась в государственных магазинах с явными признаками «обморожения»), то...

Да мы бы, может быть, и «махнули рукой» на всякие химические элементы. Ведь если на них обращать внимание, то и дышать на улицах вредно, и воду из крана пить не безопасно... Так вот, мы бы и «махнули рукой», и ринулись за овощами и фруктами на рынок... **И снова на первый план выплывает пресловутое «но».** Но на рынке такие цены! Прямо фантастика!

Хотя, если послушать наших ученых, то среднестатистический советский гражданин получает вполне приличную зарплату. Среднестатистический да. А каждый в отдельности... Оказывается, только нищих в нашей державе около сорока восьми миллионов. Это если принять за черту бедности 70 рублей в месяц. Хотела бы я, чтобы те мудрые ученые мужи поклялись бы

пару месяцев на такой «черте». Уверена — «черта» эта отъехала бы сразу за сотню. Так что следует считать, что нищих в нашей стране значительно больше, чем утверждает статистика.

К пустым прилавкам в магазинах даже привыкать стали, но когда вдруг исчезли из киосков сигареты... Все! Разом! Да еще в одной из телепередач мой коллега сыронизировал по этому поводу, что, мол, если таким образом кто-то решил бороться с курильщиками, то это напрасная затея. Потому что у пустого киоска курить хочется еще сильнее. Вот тогда терпение мое лопнуло.

Дорогие мои сограждане! Да дело разве в том, что у пустого киоска курить хочется еще сильнее, а у пустого мясного прилавка бифштексом начинает бредить даже убежденный вегетарианец! Да нет же! Все куда сложнее и серьезнее.

Глядя на все это, а вернее, не видя ничего, в голову начинают заползать крамольные мысли: а не зря ли ты, твое поколение и поколение предыдущее прожили свои жизни? Те, полереволюционные, несмотря на разгул сталинщины, еще были наивными мечтателями и «сжигали» свои жизни на кострах фанатического энтузиазма, свято веря, что их детей ожидает прекрасное будущее. А те дети, не дождавшиеся обещанного прекрасного будущего, убеждая себя, что помешала этому проклятая война, с неменьшим энтузиазмом терпели всяческую нужду, несправедливость и унижения ради нас — их детей, которые уж точно будут жить в светлом будущем.

И вот мы — их внуки и дети — стоим посреди ими выстраданного будущего, в нашем настоящем. Слушаем вдохновенные речи «перестроенного» правительства, озабоченные выступления народных депутатов... А тем временем дефицитным стало хозяйственное мыло, лезвия для бритья, сахар да и чай выдают по талонам...

И наверняка правильные советы дают нам врачи-диетологи. Только дорога ложка к обеду...



ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ

Лечеб-
тание
стоян
и про
пазна
мичес
соотве
ром п
пита
Нау

всего
мичес
ми) с
стями
вать,
нищев
ние де
ствие
ций т
рующ
щитно
чебны
всех д
нежел
местно
жители
нально
мы, им

Так
четани
(нагру
пораж
хаци
цель о
ных о
ление
опред
ваши
ной п
ного с

Что
ским
Инт
дейст
книге
во.ю
ки),
мина
относ
нле
круп
сорт
ског
хара
тран
ма.ч
жми

ЦЕЛЕБНОЕ ПИТАНИЕ

Лечебное питание — это метод лечения питанием, соответствующий изменениям и состоянию нарушенных заболеваний органов и процессов обмена веществ. Это достигается назначением пищевого рациона определенного химического состава и энергоемкости, подбором соответствующего ассортимента продуктов, выбором приемов их кулинарной обработки и режимов питания.



Научно обоснованное лечебное питание прежде всего должно обеспечить соответствие между химическим составом, физическими (механическими) свойствами принимаемой пищи и возможностями больного организма ее переваривать, усваивать, удовлетворять потребности в необходимых пищевых веществах и энергии. Диетическое питание должно оказывать целебное (лечебное) действие — фармакотерапевтический эффект, влияющий на различные звенья заболевания, стимулирующий восстановительные процессы, общие защитно-приспособительные реакции организма. Лечебные диеты должны повышать эффективность всех лечебных мероприятий, снижать побочное нежелательное действие медикаментов, оказывать местное и общее воздействие на организм, положительно влияя на обмен веществ, на функциональное состояние нервной и эндокринной системы, иммунитет.

Тактика лечебного питания заключается в сочетании методов щажения, разгрузки и контраста (нагрузки) для коррекции нарушенных функций пораженного органа или системы. Различные механические и химические щажущие диеты имеют цель облегчить, разгрузить функции поврежденных органов и систем, способствовать восстановлению нарушенных процессов обмена веществ. На определенном этапе клинического течения заболевания принцип щажения сочетается с алиментарной нагрузкой, т. е. направлен на тренировку данного органа или системы.

Что же понимать под механическим и химическим щажением?

Интенсиность механического раздражающего действия растительных продуктов на желудочно-кишечный тракт зависит от количества пищевых волокон, главным образом целлюлозы (клетчатки), гемицеллюлозы, пектиновых веществ и лигнина. К продуктам с низким их содержанием относятся хлебобулочные изделия, приготовленные из муки 1-го и высшего сортов, рис, манная крупа, картофель, кабачки, томаты, арбуз, многие сорта спелых яблок и т. д. Свойства же механического воздействия продуктов мясных зависят от характера мышечных волокон и соединительной ткани (прочности мяса). Содержит относительно мало соединительных белков мясо молодых животных (телятина, цыпленок).

Именно с целью механического щажения желудочно-кишечного тракта не разрешается в лечебных диетах при тех или иных заболеваниях употреблять изделия из муки грубого помола, крупы и другие крупы без специальной кулинарной обработки, большинство сырых овощей, фасоль, горох, неочищенные незрелые фрукты, ягоды с грубой кожицей, а также жилистое мясо, хрящи, кожу птиц и рыб. Степень механического воздействия пищи определяется также ее объемом, консистенцией и длительностью пребывания в желудке. Механическое щажение предусматривает уменьшение объема каждого приема пищи: дают ее дробными порциями, распределяют суточный рацион на 5—6 трапез, уменьшая промежутки между приемами пищи. Используют при этом блюда из измельченных овощей, рубленого мяса, протертых каш.

Химическое щажение достигается подбором продуктов и с помощью специальных кулинарных приемов. В таких диетах исключают или ограничивают продукты и блюда, отличающиеся высоким содержанием веществ, отрицательно влияющих на течение заболеваний, и, наоборот, включают продукты, богатые теми или иными полезными питательными веществами. Так, при язвенной болезни, заболевании печени и почек ограничения касаются богатых эфирными маслами (чеснок, лук, редька и т. д.) или азотистыми экстрактивными веществами (например, крепкие мясные, куриные, рыбные, грибные бульоны) продуктов, которые являются сильными возбудителями желудочно-кишечной секреции, неблагоприятно влияют на функцию печени и почек. Продукты же, обладающие слабым сокогонным действием (молоко натуральное, сливки, сливочное масло, свежий творог, яйца всмятку), специально включают в диету язвенных больных.

В целом сильное химическое и механическое воздействие оказывает жареная твердая пища (жареное мясо и т. п.); щажущее — отварные легкоперевариваемые шнуровидные и кашнеобразные рыбные, овощные и крупяные блюда.

Температура горячих блюд не должна превышать 60° С, а холодных — быть не ниже 15° С, так как горячие блюда обладают сокогонным действием и ослабляют моторику желудка, холодные снижают секрецию желудка и усиливают моторику.

Исаак Петрович БЕРЕЗИН — доктор медицинских наук, профессор, врач-кашницист с 50-летним стажем практической деятельности, автор более 200 научных работ, последние 20 лет посвятил разработке системы первичной и вторичной профилактики инфекционных заболеваний, организации на ее основе школ здоровья на предприятиях и в санаторно-курортных учреждениях.

В данной статье применяются групповую номерную систему назначения лечебного питания, диеты (лечебные столы) обозначаются соответствующими номерами с № 1 до 15. Возможные в зависимости от характера и стадии заболевания варианты выделения буквенными индексами (а, б, в). Однако существующая номерная система диетического питания не рассчитана на учет индивидуальных особенностей организма, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний. Следует помнить, что химический состав и энергоценность рассчитаны на среднего мужчину в возрасте 20—30 лет с массой тела 70 кг (при росте 170 см).

ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ 1а

Целевое назначение — способствовать снижению рефлекторной возбудимости желудка, восстановлению слизистой оболочки путем максимального щажения желудка и двенадцатиперстной кишки в остром периоде на срок 10—14 дней при язвенной болезни, а также при остром гастрите (катаре) независимо от характера секреторных нарушений в первые дни болезни.

Для этого исключаются вещества, являющиеся сильными возбудителями секреции (жареное мясо, рыба, бульоны и др.), а также механические, химические и термические раздражители слизистой оболочки желудка. Пища дается больному в протертом и только в жидком и кашнеобразном виде, с ограничением количества, принимаемого за один раз (частота приемов — до 6 раз в день). Ограничение калорийности при достаточном содержании белка и жиров животного происхождения. Рацион преимущественно молочно-яичный, поваренная соль — в ограниченном количестве (4—6 г).

ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ 1б

Диета менее щадящая, чем 1а, разрешается применение сухарей. Показания в основном те же, что и для 1а.

ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ 1

Менее щадящая, чем 1б. Существует в двух видах — протертом и непротертом. В непротертом виде очень близка к основной диете для оздоровления (см.: Твое здоровье. — № 4 / 89. — Прим. ред.). Показания те же, что для 1а и 1б.

ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ 2

Назначение: содействовать нормализации моторной (двигательной) и секреторной функции желудка и кишечника, что достигается умеренным механическим щажением желудка (пища непротертая) при сохранении химических раздражителей. Показан при хроническом катаре желудка с секреторной недостаточностью. (снижена сократительная функция желудка). Это физиологически полноценная диета с ограничением грубой клетчатки, молока, острых блюд, закусок и приностей. Повышение желудочной секреции достигается за счет мясных, рыбных, грибных супов, мяса и рыбы нежирных сортов в рубленном виде.

ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ 3

Назначение — усиление моторной функции кишечника при запорах путем включения в диету механических, химических и термических раздражителей (продукты, богатые клетчаткой, пищевыми волокнами). Исключаются блюда и рафинированные продукты, снижающие перистальтику, ограничивается употребление горячих блюд.

ЛЕЧЕБНЫЕ СТОЛЫ 4, 4а, 4б

Назначение этих столов — максимальное, умеренное либо обильное щажение кишечника при наличии острого или хронического колита и энтероко-

лита — воспалительных процессов в толстом и тонком кишечнике. Максимальное щажение кишечника достигается полным исключением из диеты овощей, фруктов, молока, меда, варенья, сладких блюд, холодных блюд и приностей. Разрешаются крахмалистые продукты (в основном злаковые). При стихании воспалительных (острых) явлений постепенный переход на овощи в вареном и протертом виде.

ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ 5

Назначение: содействовать нормализации паренхимной функциональной способности печени и желчных путей, щажение печеночной паренхимы (печеночных клеток, вырабатывающих желчь), способствовать накоплению гликогена в печени, стимулировать желчеотделение и моторную функцию кишечника, создать нагрузку холестеринового и жирового обмена.

Стол № 5 показан при заболеваниях печени и желчных путей. Это полноценная по калорийности диета с ограничением животных жиров, в первую очередь тугоплавких, с повышенным содержанием углеводов за счет крахмала и клетчатки (злаков, овощей, фруктов), с максимальным ограничением азотистых экстрактивных веществ (бульонов). Не допускаются жареные блюда, показаны супы вегетарианские, мясо и рыба в ограниченном количестве.

ЛЕЧЕБНЫЕ СТОЛЫ 7, 7а, 7б

Целевое назначение: максимальное щажение почек, увеличение диуреза (количества выделяемой мочи), ликвидация отека, улучшение выведения азотистых шлаков (продуктов белкового обмена), что достигается ограничением раздражителей почечной паренхимы (лука, редьки, чеснока, хрена и т. д.), жидкости и полным исключением поваренной соли. Ограничение белка в диете 7а до 25—30 г.

ЛЕЧЕБНЫЕ СТОЛЫ 8 и 8а

Назначение: предупреждение и устранение избыточного накопления жировой ткани, повышение окислительных процессов и мобилизация жировых накоплений, что достигается путем ограничения в диете углеводов, особенно легкоусвояемых, то есть сахара и изделий, его содержащих, воды и повышения диуреза (ограничение поваренной соли). Обе диеты ограничивают калорийность: диета 8 — до 1800, диета 8а — до 1230 ккал.

ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ 9

Назначение: создание условий для нормализации углеводного и частично жирового, а также водно-солевого и белкового обменов. Показано — сахарный диабет.

В диете умеренно ограничена калорийность за счет легкоусвояемых углеводов и в меньшей степени жиров при нормальном количестве белков. Ограничение холестеринасодержащих веществ (в основном за счет субпродуктов) и экстрактивных веществ (бульонов мясных, рыбных и грибных). Назначение данной диеты следует согласовывать со специалистом-эндокринологом.

ЛЕЧЕБНЫЕ СТОЛЫ 10 (4 ВАРИАНТА)

Назначение: создать наиболее благоприятные условия для кровообращения, улучшить выведение азотистых шлаков и недоокисленных продуктов обмена из организма, предупредить дальнейшее развитие атеросклероза, способствовать обратному развитию отложений (атероматозных) в стенках сосудов, уменьшить нагрузку на сердечно-сосудистую систему и нормализовать водно-солевой обмен.

В этой статье рекомендуется ограничение потребления соли и жидкости, возбуждающих центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, раздражающих печень и почки веществ и напитков (алкоголь, экстрактивные вещества, кофе, какао, шоколад, острые соленые закуски и приправы), а также продуктов, вызывающих метеоризм (капуста, бобовые, газированные напитки и т. д.). Блюда готовятся без соли. Из продуктов удаляют экстрактивные вещества (хорошо вываренное мясо) и обогащают их липотропными (актирирующими) веществами, солями магния и витамином С. Включаются в диету продукты моря: креветки, мидии, кальмары, морской гребешок, морская капуста, содержащую в большом количестве ионы йода, марганца и кобальта. Ограничиваются продукты, богатые холестерином и кальциферолом (витамином D: рыбий жир, яичные желтки, мозги, печень и сладости (сахар, варенье, кондитерские изделия и др.).

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ БЛЮД

Для уменьшения в мясных и рыбных блюдах экстрактивных веществ в отличие от обычной технологии варят их массой 100—200 г, погружая в большое количество холодной воды (соотношение воды и продукта 3:1). Варят 5—10 мин, затем доводят до готовности на пару либо приготавливают различные рубленые изделия. Пшеничную муку вместо жировой пассировки (припускания или обжаривания в жире) подсушивают в жарочном шкафу при невысокой температуре (100—110° С). Морковь и белые корни припускают (варят в небольшом количестве воды в закрытой посуде), помидоры кипятят примерно 5 мин, а лук предварительно бланшируют (тушат в небольшом количестве жира — подсолнечного масла в закрытой посуде).

В лечебном питании важно готовить блюда, в состав которых входят компоненты, оказывающие фармакотерапевтический эффект. Так, при атеросклерозе, ишемической болезни сердца полезны блюда, в рецептуру которых входят морепродукты (океаническая рыба, креветки, морская капуста и др.) — источники йода, магния, полиненасыщенных жирных кислот. Лечебный эффект при этих заболеваниях оказывает и заправка салатов нерафинированным маслом: лекарством служат токоферол, фосфатиды и линолевая кислота. Добавление пшеничных отрубей в мучные изделия или напитки повышает в них содержание пищевых волокон, усиливающих перистальтику кишечника, способствует очищению организма, выведению с калом ядовитых веществ. В арсенале диет и блюд из продуктов, богатых солями калия, магния, кальция, а также обогащенных белком.

При необходимости снижения энергоценности блюд в мучные изделия, майонез, соусы в качестве пищевой добавки вводят эфиры целлюлозы, которые благодаря высоким водопоглощающим свойствам способствуют образованию пенных структур и эмульсий (особенно при интенсивном перемешивании), увеличивают объем готовой кулинарной продукции. Ощущение сытости дают и кислородные коктейли, что облегчает переносимость людьми низкокалорийной диеты. Их готовят на основе фруктовых и ягодных соков, отваров лечебных трав.

Для улучшения вкусовых достоинств, особенно бессолевых и отварных блюд, в которых снижено содержание экстрактивных веществ, широко

применяют укроп, зелень петрушки, сельдерея, базилика, мяты и др., приправ овощей, богатых витаминами С, Р, каротином, фолатом, железом и медью. Их как приправу используют к первым и вторым (мясным, рыбным и овощным) блюдам в свежем (1—5 г) или сушеном (0,3—1 г) виде. Целесообразно добавлять зеленый лук (30—50 г) в салаты, в первые (мясные, рыбные и овощные) блюда в диетах № 7, 8, 9, 10 и 15 (лечебные столы). Это улучшает их вкус и повышает пищевую ценность.

При ограничении сахара дает ощущение сладкого в напитках и блюдах использование ксилита или сорбита. Эти подслащивающие вещества являются в определенных количествах (до 40 г в день) также и лекарствами. Напиток из ксилита используют для усиления желчотделения (лечебные столы № 5 и 10) и стимуляции перистальтики кишечника. Заменителем поваренной соли, придающим пище соленый вкус, является диетическая соль санасол, которую добавляют по 0,5—1 г во вторые блюда (лечебные столы № 6, 8, 10). Поскольку санасол содержит более 70% солей калия, блюда, подсолненные им, приобретают дополнительные лечебные свойства, в частности мочегонное, что важно при задержке жидкости в организме (лечебные столы № 7 и 10).

Для устранения чувства ущемленности в питании, повышения аппетита и создания положительных эмоций значение имеют привлекательный вид блюд, их красное оформление, высокие вкусовые достоинства, максимальное разнообразие в меню в течение дня и нескольких недель, использование в течение года свежих, заготовленных впрок овощей и плодов.

Технология приготовления диетических блюд строится из рекомендованного набора продуктов в соответствии с характеристиками диет. Во всех лечебных столах используют нежирные виды и сорта мяса (говядины, свиные, кур, индейки, кролика), рыбы. Исключают животные и кулинарные жиры, копчености, черный и красный перец, горчицу. Для обогащения диеты белками рекомендуется готовить блюда и кулинарные изделия с белковыми продуктами молока (казеинаты, казеины и др.), продуктами переработки крови (гематоген, сухая осветленная кровь и др.), соев (изоляты соевого белка), дрожжами. В мучные изделия добавляют фосфаты, морскую капусту, а для снижения их калорийности и обогащения пищевыми волокнами — отруби, дробленое зерно, метилцеллюлозу, фруктовые и овощные добавки и др.



О ДИЕТИЧЕСКИХ ПРОДУКТАХ

Несомненно заметить, что диетические принципы питания для населения, проживающего в различных географических широтах. Так, если человек живет на Севере, то питание его должно отличаться от питания южан. Об этом свидетельствуют исследования питания долгожителей в Абхазии, на Украине и на Севере: выявлен химически разный состав пищи в рационах долгожителей этих регионов. Различия питания по составу прежде всего являются следствием природных климатических особенностей каждого из указанных регионов. Низкие или высокие температуры внешней среды и различная влажность воздуха предъявляют свои требования к терморегулирующим системам организма, а значит, и к различным в обмене веществ в организме человека.

Главным различием в питании людей в зависимости от климатогеографических условий является количество белка в диете, жиров, а также воды и соли. Например, в условиях жаркого климата высокое потребление мяса активизирует гнилостную микрофлору в кишечнике, поэтому в питании южан преобладает углеводная пища. А углеводы снижают адаптацию человека к низким температурам, поэтому количество белка в питании у северян увеличено. К тому же большое значение в питании имеют национальные и традиционные для определенного региона особенности питания.

Примечательно, что после скрупулезного изучения восточной и западной медицины Рудольф Баллентин в своей книге «Диета и питание с точки зрения холизма (философии целостности)» пришел к выводу, что дальнейшее развитие диетологии будет направлено на создание уникальных диет: в идеале практически каждому из нас для полноценного развития личности и сохранения здоровья требуется своя диета.

Не случайно польские ученые предлагают создать на стыке медицины, генетики и диетологии новую науку генетотрофию, занимающуюся подбором рациона питания людей в зависимости от их генетических особенностей.

Что касается лечебного питания, диетическими (по Г. А. Дунаевскому и Я. Б. Эйдинову, 1988) называются специализированные продукты, предназначенные для замены запрещенных по медицинским показаниям традиционных продуктов в питании больных, отличающихся химическим составом, физическими свойствами.

Продукты с низким содержанием натрия и солезаменители. В организме человека содержится 115 г натрия, обеспечивающего постоянство осмотического давления биологических жидкостей. Примерно $\frac{2}{3}$ этого количества находится во внеклеточных жидкостях организма, в сыворотке крови — 130—150 ммоль/л.

В дистальной части канальца нефрона (структурная единица в почке) реабсорбция натрия регулируется нейрогормонально альдостероном, антидиуретическим и натрийуретическим гормонами, ренином, простагландинами.

Альдостерон (гормон коркового вещества надпочечников) повышает реабсорбцию натрия, одновременно усиливая выделение калия. Его действие заключается в сохранении натрия в организме, поддержании необходимого объема жидкости и уровня артериального давления. Установлено, что пища, богатая калием, увеличивает выделение натрия из организма, и для обеспечения обменных процессов достаточно 0,6—3,5 г поваренной соли в сутки. Следует иметь в виду, что организм человека не приспособлен к большому количеству

натрия. Избыточное накопление натрия в организме способствует задержке жидкости, вплоть до развития отеков, ведет к повышенной артериальной давлению («солевая гипертония»), поддерживает воспалительные процессы и к энергичному выделению калия из организма. Длительное повышенное поступление поваренной соли в организм часто ведет к повышению АД и ухудшению течения гипертонической болезни.

Основные солезаменители: соли калия (KCl) и аммония (NH₄OH). Имеются и смеси различных солей, например диетическая соль санасол: калия хлорид — 60%, калий лимоннокислый, кальция глюконат, аммония хлорид — по 10%, магния аскорбат и глутаминовая кислота — по 5%. Ее применяют для досаливания пищи перед употреблением.

Продукты безбелковые и с исключением отдельных белков и аминокислот. Используются при хронической почечной недостаточности. При глютеновой энтеропатии, когда наблюдается непереносимость глютена — одной из фракций белка пшеницы, ржи, овса. Причина — отсутствие пищеварительных ферментов — дипептидаз, расщепляющих глютен, в результате продукты неполного расщепления глютена оказывают выражающее повреждающее действие на слизистую оболочку тощей кишки с нарушением переваривания и всасывания пищевых веществ, особенно жиров (синдром малабсорбции).

Диетические продукты с модифицированным углеводным компонентом.

При сахарном диабете употребляются углеводы крахмалосодержащих продуктов: хлеба, круп (пшеничной, овсяной), картофеля. Разработаны продукты, имитирующие сладости (конфетные изделия, компоты, соки и др.), не содержащие сахара и не вызывающие повышения сахара в крови. При ожирении и избыточной массе тела разрешается до 180—200 г углеводов (с исключением легкоусвояемых углеводов). При развитии гиперлипотемии необходимо ограничивать легкоусвояемые углеводы (сахар и сахаросодержащие продукты). При болезнях органов кровообращения (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, недостаточность кровообращения), при желчнокаменной болезни, подагре, заболеваниях суставов, осложненных ожирении необходимо ограничивать легкоусвояемые углеводы.

О сахарозаменителях. Фруктоза слаще сахара (обычного сахара) и глюкозы; она медленно всасывается из кишечника и поэтому мало влияет на уровень сахара в крови, метаболизм осуществляется без участия инсулина.

Используются полиолы (многоатомные спирты): сорбит, ксилит, маннит и др. Важной особенностью их действия и является очень медленное всасывание из кишечника (в 5—6 раз медленнее глюкозы). Это обуславливает отсутствие гипергликемии (повышения сахара крови выше нормы) после приема их в небольших количествах (20—30 г) в качестве подслащивающих веществ (при сахарном диабете). Полиолы обладают и выраженным послабляющим действием («осмотический понос»). Медленно всасываясь, они создают в течение длительного времени высокое осмотическое давление в просвете кишок, задерживая в них жидкость и увеличивая ее приток, что способствует разжижению кала, усилению перистальтики.

О НОВЫХ СИСТЕМАХ ДИЕТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ

28 июня 1988 г. Экспертный совет по проблемам питания при Президиуме АМН СССР утвер-

...новой классификации диет ... в основе которой лежит разра-
ботанная автором теория регламентированного пи-
тания, строго регулирующая количество белков,
жиров, углеводов (сложных и простых), холесте-
рола, соли и др.

Так, например, диета № 1 — с умеренным
ограничением белка — вегетарианская. Содержит
70 г белков, из которых 85% обеспечивается за-
счет растительных продуктов, а 15% — молочно-
белковый белок. Уменьшение квоты белка ниже
70 г в рационе, по мнению автора, чревато разви-
тием белковой недостаточности. С нашей точки
зрения, количество белка можно безболезненно
снизить из расчета до 1 г на 1 кг (но не более
60—70 г). Диета № 2, содержащая 90 г белков, —
по мнению автора, наиболее распространенная.
С нашей точки зрения, наиболее распространен-
ной должна быть первая диета (для больных!).

Диета № 3 — высокобелковый рацион, содер-
жащий 120 г белка в сутки. С нашей точки зре-
ния, такое содержание белка в суточном рацио-
не следует использовать в тех случаях (довольно
редких), когда в этом есть действительная необ-
ходимость (например, язвенная болезнь в моло-
дом возрасте, при хроническом панкреатите, а так-
же в тех случаях, когда имеется после какого-
либо оперативного вмешательства постоянная по-
теря белка!

Приведенные диеты с их вариантами являются
базисными. Рассмотрим их в той же последова-
тельности в отдельности (в граммах приведен
выход для каждого блюда).

Диеты	Заболевания
Диета № 1: протертый вариант («п»)	Хроническая почечная не- достаточность, подагра, мо- чекислый диатез, почечно- каменная болезнь
Диета № 1: «р» — реду- цированный вариант	Фосфатурия, аллергия, ост- рые периоды болезни или обострения некоторых за- болеваний: инфаркт мио- карда, острый гломеруло- нефрит, острая пневмония, ревматизм (активная фаза) и др., требующих постель- ного режима
Диета № 2: «п» — про- тертый вариант; «р» — редуцированный вари- ант	Хроническая ишемическая болезнь, гипертоническая болезнь, хронический гло- мерулонефрит, хрониче- ский гепатит, хроническая пневмония, хронический колит, ревматизм (неактив- ная фаза), заболевания желчевыводящих путей
Диета № 3: «п» — про- тертый вариант, «р-щ» — редуцированный щадя- щий вариант	Сахарный диабет*, хрониче- ский энтероколит, хрониче- ский панкреатит, постге- нектонный синдром, тя- желоотоксикоз, гипотиреоз, ревматизм (вялое течение), нефротический синдром, туберкулез, амилоидоз, ане- мии, воспалительные забо- левания легких

* Исключаются простые са-
хара.

Примечание. Редуцированная диета № 1 — чисто
жидкая, рекомендуется больным в остром периоде бо-
лезни и в первые сутки после операции. Редуциро-
ванная диета № 2 рекомендуется при избыточной
массе тела и ожирении. Редуцированная щадящая
диета № 3 — полужидкий рацион рекомендуется при
острых фазах заболевания. Не рекомендуется в
рационе включать более 30 г сахара (4 кусков), вклю-
чать варенье, джемы, конфеты и другие сладости.

СИСТЕМА ДИЕТ С. АГАДЖАНОВА

ДИЕТА № 1

1-й завтрак
Каша овсяная молочная — 250 г. Випегрет — 200 г.
Чай — 200 г.
2-й завтрак
Сок фруктовый — 200 г.
Обед
Суп из сборных овощей вегетарианский — 250 г. Зра-
зы картофельные — 220 г. Компот — 200 г.
Полдник
Отвар шиповника — 200 г. Сухарики — 25 г. Свекла
тушеная с растительным маслом (р/м) — 250 г.
Ужин
Пирог с яблоками — 160 г. Картофель отварной с лу-
ком с р/м — 210 г. Сметана — 100 г. Чай — 200 г.
Перед сном
Кефир — 200 г.
На день: хлеб белый, черныи — 300 г, сахар — 30 г.

ДИЕТА № 1 «п»

1-й завтрак
Каша манная молочная — 250 г. Яйцо всмятку —
1 шт. Чай с молоком — 200 г.
2-й завтрак
Яблоко печеное — 100 г.
Обед
Свекольник протертый — 250 г. Рагу из овощей про-
тертое — 250 г. Сметана — 100 г.
Полдник
Сухари — 50 г. Отвар шиповника — 100 г.
Ужин
Вермишель отварная со сливочным маслом — 250 г.
Суфле капустно-морковное — 210 г. Чай — 200 г.
Перед сном
Молоко — 200 г.
На день: хлеб белый — 300 г, сахар — 30 г.

ДИЕТА № 1 «р»

1-й завтрак
Чай с молоком — 200 г.
2-й завтрак
Сок фруктовый — 200 г.
Обед
Компот — 200 г.
Полдник
Отвар шиповника — 200 г.
Ужин
Чай с молоком — 200 г.
Перед сном: минеральная вода — 200 г.

ДИЕТА № 2

1-й завтрак
Каша рисовая молочная — 300 г. Сыр — 30 г. Чай —
200 г.
2-й завтрак
Свекла тертая с растительным маслом (р/м) — 125 г.
Обед
Суп-лапша вегетарианский — 250 г. Курица с верми-
шелью отварная — 185 г. Компот — 200 г.
Полдник
Сухарики — 25 г. Отвар шиповника — 200 г.
Ужин
Запеканка картофельная с отварным мясом — 250 г.
Суфле морковно-яблочное — 180 г. Чай — 200 г.
Перед сном
Кефир — 200 г.
На день: хлеб белый, черныи — 200 г, сахар — 30 г.

ДИЕТА № 2 «п»

1-й завтрак
Каша овсяная молочная — 200 г. Творог, протертый
с молоком — 100 г. Чай — 200 г.
2-й завтрак
Сметана — 100 г.
Обед
Суп из сборных овощей, вегетарианский, протертый —
250 г. Суфле мясное с отварной вермишелью — 155 г.
Кисель — 200 г.
Полдник
Сухари — 25 г. Молоко — 200 г.
Ужин
Биточки рыбные с картофельным пюре (на р/м) —
240 г. Яблоко печеное — 100 г. Чай с молоком — 200 г.

1-й завтрак
Каша овсяная молочная — 200 г. Сахар — 30 г.
ДНЕТА № 2 «р»

1-й завтрак
Суп овсяный (на р/м) — 160 г. Сыр — 30 г. Чай — 1 шт.
2-й завтрак
Мясо печеное — 100 г.
Обед
Мясо из свежей капусты вегетарианское — 250 г. Мясо отварное 50 г.
Полдник
Отвар шиповника — 100 г.
Ужин
Запеканка капустно-морковная — 210 г. Яйцо всмятку — 1 шт. Чай — 200 г.
Перед сном
Кефир
На день: хлеб — 100 г.

ДНЕТА № 3

1-й завтрак
Каша овсяная молочная — 250 г. Сосиски — 110 г. Чай — 200 г.
2-й завтрак
Сыр плавленый или любой по вкусу — 30 г.
Обед
Суп перловый с овощами, вегетарианский — 250 г. Мясо отварное с морковным пюре — 200 г. Чай — 200 г.
Полдник
Сухарики — 25 г. Отвар шиповника — 100 г.
Ужин
Рыба отварная с отварным картофелем (на р/м) — 210 г. Крушеник из гречневой крупы с творогом — 250 г. Чай — 200 г.
Перед сном
Кефир
На день: хлеб белый, черный — 200 г, сахар — 30 г.

ДНЕТА № 3 «п»

1-й завтрак
Каша гречневая протертая — 250 г. Яйцо всмятку — 1 шт. Чай.
2-й завтрак
Сыр плавленый — 30 г.
Обед
Суп-пюре из зеленого горошка — 250 г. Запеканка картофельная с отварным протертым мясом — 250 г. Чай — 200 г.
Полдник
Сухари — 25 г. Творог, протертый с молоком — 150 г.
Ужин
Биточки рыбные с пюре морковным — 100/100 г. Каша пшенная, полувязкая с фруктами — 240 г. Чай — 200 г.
Перед сном
Молоко — 200 г.
На день: хлеб — 200 г, сахар (ксилит, фруктоза) — 30 г.

ДНЕТА № 3 «р-ш»

1-й завтрак
Каша манная молочная — 250 г. Молоко — 200 г.



2-й завтрак
Молоко (кефир) — 200 г.

Обед
Суп овсяный молочный, слизистый — 400 г. Суфле мясное — 60 г, кисель — 200 г.
Полдник
Отвар шиповника — 200 г.
Ужин
Суфле из отварной рыбы, паровое — 100 г. Сметана — 100 г. Чай с молоком — 200 г.
Перед сном
Молоко (кефир, простокваша) — 200 г.
На день: сахар (ксилит, фруктоза) — 30 г, масло сливочное — до 20 г.

С. А. Агаджанов приводит и рецепты блюд к каждой из своих диет в своей книге «Новая диета: для всех и для каждого» (М., Лесная пром., 1989), к которой мы рекомендуем обратиться читателю. Здесь же, исходя из нашего 50-летнего опыта лечения хронических заболеваний и применения лечебного питания, приводимые в диетах продукты и блюда мы даем в собственной редакции с существенными изменениями, а часть блюд вообще не приводим. Коррективы специально мы не оговариваем. Например, рекомендует С. А. Агаджанов отказаться от потребления сахара и сливочного масла в чистом виде, так как эти продукты попадают на стол в изделиях питания. С этим нельзя не согласиться, однако не во всех случаях, особенно если речь идет о здоровых молодых людях, детях.

Блюда к диете № 1

Салат из моркови и яблок с орехами. Состав: морковь — 75 г, яблоки — 75 г, орехи грецкие очищенные — 25 г, петрушка (зелень) — 10 г, мед — 25 г.

Морковь натереть на крупной терке, а яблоки нашинковать, все смешать с медом, уложить в салатницу, украсить листьями петрушки и посыпать измельченными орехами.

Свекла, фаршированная яблоками, рисом, изюмом. Состав: свекла — 150 г, яблоки — 75 г, рис — 15 г, изюм — 25 г, масло сливочное — 15 г, сметана — 50 г, сахар — 5 г, корица — 0,1 г.

Свеклу отварить или испечь, очистить и ложкой удалить сердцевину, придав ей вид чашечки. Из риса сварить рассыпчатую кашу, смешать ее с сахаром, изюмом и мелко нашинкованными яблоками, затем добавить 10 г растопленного масла, все это вымешать, нафаршировать свеклу, полить сметаной и запечь. Подавать к столу со сметаной.

Суп из кураги с рисом. Состав: курага — 80 г, сахар — 15 г, рис — 20 г, сливки — 50 г, вода — 450 г.

Курагу перебрать, промыть, нарезать, добавить сахар, залить кипятком, накрыть крышкой и настаивать 2—3 ч, после чего добавить вареный рис и сливки. Подать к столу холодным.

Шницель из сборных овощей в молочном соусе. Состав: морковь — 50 г, капуста — 75 г, огурцы свежие — 40 г, брюква — 50 г, молоко — 75 г, масло растительное — 15 г, масло сливочное — 5 г, сахар — 5 г, 1/2 яйца, крупа манная — 10 г, мука пшеничная — 15 г, сыр — 5 г.

Мелко нашинкованную морковь и брюкву тушить в небольшом количестве воды с 5 г масла, а нашинкованную капусту тушить с 20 г молока до готовности, после чего соединить с морковью и брюквой, добавить яйцо, крупу, сахар и натертый огурец; все это вымешать, сделать два шницеля и, обваляв их в муке, слегка обжарить в растительном масле. Из оставшегося молока и 5 г муки приготовить молочный соус, залить шницель,

...тертым сыром, сбрызнуть маслом и за-

Соус молочный. Состав: 1 ст. л. муки, $\frac{1}{2}$ ста-

кана молока, 1 ст. л. масла. Муку слегка подсушить на сковородке, развести горячим молоком, вливая его постепенно, добавить 1 ст. л. масла. Полученный соус варить (непрерывно помешивая) 10 мин.

Соус сметанный. Состав: 1 стакан сметаны, 1 ст. л. муки и 1 ст. л. масла, $\frac{1}{2}$ стакана овощного сока.

Муку слегка подсушить на сковороде, развести овощным соком, добавить масло и сметану. Прокипятить в течение 5 мин, затем процедить.

Блюда к диете № 1 «и»

Суфле морковно-яблочное, паровое. Состав: морковь — 75 г, яблоки — 75 г, масло сливочное — 10 г, масло растительное — 10 г, $\frac{1}{2}$ яйца, сахар — 10 г, манная крупа — 10 г, молоко — 50 г.

Морковь нарезать небольшими кусочками и тушить с молоком до готовности. Яблоки очистить и с морковью пропустить через мясорубку, затем соединить с крупой, сахаром и сырым желтком, добавить 5 г растопленного масла и взбитый белок, все это слегка помешать, выложить в смазанную растительным маслом формочку и на пару довести до готовности. Суфле можно подать к столу с маслом.

Суп-пюре из цветной капусты. Состав: капуста цветная — 100 г, картофель — 100 г, рис — 20 г, молоко — 100 г, масло сливочное или растительное — 10 г, вода — $2\frac{1}{2}$ стакана.

Картофель и капусту нарезать на куски, залить водой ($1\frac{1}{2}$ стакана), а затем добавить 5 г масла. На слабом огне под крышкой довести до готовности и вместе с жидкостью протереть сквозь сито. Промытый рис положить в кипящую воду (200 г) и варить в течение часа, после чего протереть, соединить с супом, хорошо прогреть и заправить молоком. Перед подачей на стол можно добавить растительное или сливочное масло.

Пюре из сборных овощей. Состав: морковь — 60 г, цветная капуста — 60 г, зеленый горошек — 30 г, бобы зеленые — 35 г, молоко — 60 г, сливочное или растительное масло — 10 г, сахар — 5 г.

Морковь тушить с небольшим количеством молока, остальные овощи отварить, соединить с морковью, пропустить через мелкую решетку мясорубки и развести горячим молоком и 10 г масла. Пюре можно подать со сваренным в мешочек яйцом.

Блюда к диете № 1 «р»

Морковный сок со сливками. Состав: морковь — 150 г, сливки — 50 г, вода — 25 г.

Очищенную морковь натереть на мелкой терке, добавить остуженную кипяченую воду, после чего размешать, отжать через марлю, соединить со сливками. Подать остывшим, но не холодным.

Какао на рисовом отваре. Состав: какао — 5 г, рис — 10 г, сахар — 10 г, вода — $1\frac{1}{2}$ стакана.

Рис с водой разварить до мягкости, затем соединить с какао и сахаром, прокипятить и снова процедить (жидкости останется один стакан). Можно добавить (если показано) 25 г сливок.

Компот из ревеня и яблок на ксилите (сорбит). Состав: ревень — 75 г, яблоки — 75 г, сорбит, ксилит — по вкусу, вода — 1 стакан.

Стебли ревеня очистить от кожицы и ворсинок, нарезать небольшими кусочками. Удалив из яблок сердцевину, нарезать их дольками, выкипятить воду, положить в нее яблоки и ревень, накрыть крышкой и настаивать на краю плиты 5–10 мин, добавить ксилит (сорбит) по вкусу и охладить.

Изюмный отвар. Состав: изюм — 100 г, вода — 1 стакан. Выход 200.

Промыть изюм, мелко парубить, залить водой, варить 10 мин, отжать, в сок добавить лимонную кислоту по вкусу.

Отвар шиповника. Состав: 10 г плодов, вода — 1 стакан.

Сушеные плоды шиповника промывают, опускают в посуду с кипящей водой, закрывают посуду крышкой, кипятят 10 мин, настаивают несколько часов, процеживают. Сахар добавляют по вкусу. Можно сушеные плоды предварительно намелчить в деревянной ступке деревянным пестиком.

Блюда к диете № 2

Салат. Состав: капуста — 160 г, свекла — 15 г, сметана — 30 г, клюква для сока — 10 г.

Свежую капусту обработать, мелко парубить, растереть, добавить кисельный сок (клюквенный), сырую натертую свеклу, сметану. Хорошо перемешать.

Голубцы с вареным мясом, рисом и овощами. Состав: капуста — 250 г, мясо — 100 г, рис — 20 г, морковь — 30 г, зелень — 5 г, брюква — 30 г, мука пшеничная — 5 г, сметана — 30 г, отвар овощной — 75 г.

Кочан капусты (без кочерыжки) сварить в подсоленной воде до полуготовности, разобрать на отдельные листья. После этого морковь и брюкву нарезать мелкими кубиками и тушить в небольшом количестве воды. Мясо сварить, пропустить через мясорубку, соединить с тушеными овощами, вареным рассыпчатым рисом и рубленой зеленью, хорошо вымешать и, разделив на 2–3 части, завернуть в листья капусты, сложить в кастрюлю, залить сметанным соусом и запечь.

Для приготовления сметанного соуса смешать муку со сметаной и влить эту смесь в кипящий овощной отвар (75 г), дать прокипеть в течение 5 мин, процедить и хорошо вымешать.

Вареное мясо в кисло-сладком соусе. Состав: мясо говяжье тощее — 150 г, сметана — 30 г, мука пшеничная — 5 г, изюм — 10 г, чернослив — 15 г, яблоки — 25 г, укроп — 5 г, овощной отвар — 100 г.

Мясо тощее отварить и разрезать на два кусочка. Приготовить сметанный соус (см. выше), а изюм и чернослив размочить в воде. Одновременно нашинковать яблоки и чернослив. В кастрюлю влить немного воды, сложить туда же мясо, сверху засыпать фруктами, накрыть крышкой и тушить еще 10–15 мин. Перед подачей на стол посыпать рубленой зеленью.

Блюда к диете № 2 «п»

Суп овсяный, протертый, на молоке. Состав: крупа овсяная — 40 г, сливки — 50 г, молоко — 100 г, вода — $2\frac{1}{2}$ стакана.

Крупу сварить в воде до готовности, протереть, прокипятить, заправить молоком и сливками. Протертые супы из других круп приготавливаются таким же способом.

Вареники ленивые. Состав: творог — 100 г, мука пшеничная — 10 г, сметана — 20 г, сахар — 10 г, $\frac{1}{4}$ яйца.

Творог протереть, смешать с яйцом, добавить муку и сахар. Сформировать небольшие колбаски и нарезать по 7–8 штук на порцию. Опустить вареники в горячую воду, довести ее до кипения и снять посуду с плиты. Через 5 мин вынуть вареники шумовкой. Подать на стол со сметаной.

Суфле рыбное. Состав: рыба — 150 г, мука пшеничная — 5 г, $\frac{1}{2}$ яйца, молоко — 40 г, масло растительное или сливочное — 5 г.

Рыбу очистить от костей и костей, отварить, охладить и пропустить через мелкую решетку

мя, орехи. Из молока и муки приготовить соус и в виде кисели, соединить с рыбой, добавить сырой желток и все это хорошо взбить, слегка соединить со взбитым белком, выложить в смазанную маслом формочку и на пару довести до готовности.

Запеканка из вареной курицы и овощей. Состав: куриное мясо — 100 г, мука пшеничная — 10 г, молоко — 50 г, масло — 10 г, морковь — 40 г, цветная капуста — 50 г, $\frac{1}{2}$ яйца.

Мясо вареной курицы, полностью освобожденное от жира и верхней кожицы, пропустить через мясорубку, смешать с 5 г масла, слегка соединить со взбитым белком, выложить полученный фарш на смазанную маслом сковородку и на пару довести до полуготовности. Одновременно потушить морковь и цветную капусту, можно в молоке; готовые овощи протереть сквозь сито и выложить на куриный фарш. Сбрызнуть маслом и запечь.

Блюда к диете № 2 «р»

Винегрет овощной. Состав: свекла — 50 г, морковь — 50 г, картофель — 60 г, огурец — 80 г, капуста квашеная — 25 г, лук зеленый — 20 г, зелень — 5 г, масло растительное — 10 г.

Свеклу, морковь и картофель сварить отдельно, охладить и нашинковать. Огурцы нарезать кружочками. Подготовленные продукты смешать с капустой и заправить растительным маслом, перед подачей на стол посыпать нашинкованным луком и зеленью.

Фасоль в молочном соусе. Состав: фасоль — 50 г, молоко — 100 г, масло сливочное — 5 г, мука пшеничная — 5 г, вода — 1 стакан.

Фасоль замочить в воде комнатной температуры; через 8—10 ч в этой же воде отварить фасоль. Приготовить молочный соус, которым залить блюдо при подаче на стол.

Каша овсяная с пшеничными отрубями. Состав: овсяная крупа — 40 г, отруби пшеничные — 40 г, масло растительное — 5 г, молоко — 100 г, вода — 1 стакан.

Овсяную крупу залить с вечера водой (или на 1 ч до варки кипящей водой), добавить хорошо промытые отруби и варить до готовности примерно 1 ч. Масло и молоко добавить в конце варки.



Блюда к диете № 3

Вареное мясо с яблоками, запеченное в молочном соусе. Состав: мясо говяжье тонкое — 150 г, молоко — 75 г, мука — 5 г, яблоки — 100 г, масло сливочное или растительное — 5 г.

Мясо отварить и разрезать на 4—5 ломтиков, затем из молока и муки приготовить молочный соус. Яблоки очистить от кожуры и сердцевинки, разрезать на тонкие кружочки. После этого сковородку смазать маслом, дно выложить кружочками яблок, на яблоки положить мясо попеременно с яблоками, сверху залить соусом и запечь.

Бефстроганов. Состав: мясо говяжье тонкое — 120 г, сметана — 20 г, морковь — 10 г, соус молочный — 50 г.

Мясо отварить, нарезать тонкими кусочками, залить молочным соусом, размешать, добавить протертую вареную морковь, после чего варить на слабом огне в течение 10 мин. Заправить бефстроганов сметаной и прокипятить.

Блюда к диете № 3 «п»

Паплет из рыбы. Состав: филе рыбы — 75 г, морковь — 40 г, масло растительное — 10 г, масло сливочное — 5 г, зелень — 5 г.

Филе рыбы пропустить до готовности. Морковь тушить в небольшом количестве воды и масла. Готовую рыбу и морковь пропустить через мясорубку с мелкой решеткой, добавить масло и хорошо взбить до получения белой массы. Затем красиво оформить.

Пудинг из кабачков и яблок. Состав: кабачки — 125 г, яблоки — 75 г, молоко — 25 г, масло сливочное или растительное — 5 г, манная крупа — 15 г, $\frac{1}{2}$ яйца, сметана — 30 г.

Кабачки очистить, нашинковать и тушить с молоком до полуготовности; затем добавить нашинкованные яблоки и тушить еще 5 мин, после чего высыпать манную крупу, подержать кастрюлю под крышкой на краю плиты 5—10 мин и слегка охладить; после этого добавить желток и взбитый белок, вымешать, выложить в формочку, смазанную маслом, и запечь. Подавать к столу со сметаной.

Зразы картофельные с вареным мясом. Состав: мясо говяжье тонкое — 80 г, картофель — 180 г, зелень — 5 г.

Вареное мясо пропустить через мясорубку. Картофель сварить, протереть, добавить измельченную зелень. Подготовленный картофель разделить кружочками толщиной 1 см, в середину положить фарш, поставить на паровую баню и запечь.

Белковый омлет паровой. Состав: белки яичные трех яиц, молоко — 50 г, масло сливочное или растительное — 5 г. Белки взбить, добавить молоко, вылить в формочку, смазанную маслом, и на паровой бане довести до готовности.

Блюда к диете № 3 «р-п»

Суп-шоре картофельно-морковный на рисовом отваре. Состав: картофель — 100 г, морковь — 75 г, рис — 30 г, молоко — 200 г, масло — 5 г, $\frac{1}{2}$ яичного желтка.

Рис с $\frac{1}{2}$ стакана воды сварить до готовности, протереть, смешать с вареным протертым картофелем и морковью, развести кипящим молоком, заправить желтком и маслом.

Творожный крем. Состав: творог — 100 г, масло сливочное — 10 г, 1—2 яичных желтка, сметана — 35 г, сахар — 15 г, молоко — 20 г.

Желток растереть с 10 г сахара, добавить молоко, поставить на огонь и, часто помешивая, проварить, не доводя до кипения, затем охладить, соединить с протертым творогом, маслом и 20 г сметаны. Всю массу хорошо вымешать и придать красивую форму. Оставшуюся сметану смешать

... (на 5 г сахара), взбить в гус-
... покрыть творожный крем.

... Состав: мясо говяжье тощее —
... 10 г, масло сливочное — 5 г, вода —
... стакана.

... Разварить в воде. Мясо сварить, пропустить
... через мясорубку с мелкой решеткой, смешать с
... рисом, еще раз пропустить через мясорубку, доба-
... вить масло, взбить и разогреть на плите.

О ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПИТАНИИ

Лечебно-профилактическое питание (ЛПП) должно обладать защитными свойствами, способствовать сохранению здоровья работающих во вредных условиях труда. Предусмотрены 6 рационов ЛПП (химический состав, продуктовый набор), а также перечень производств, профессий и должностей, работа в которых дает право на бесплатное получение ЛПП и витаминных продуктов. Отдельным категориям трудящихся, непосредственно занятым на работе с вредными условиями труда, положена бесплатная выдача молока, кисломолочных продуктов, витаминов, пектина и пектинсодержащих продуктов.

Необходимость лечебно-профилактического питания заключается в том, чтобы препятствовать накоплению в организме вредных химических веществ (конечно, ограничив их поступление), усиливая биохимические процессы их обезвреживания и выделения в организме; ослаблять неблагоприятное действие на преимущественно поражаемые органы и системы, путем обогащения рациона защитными компонентами пищи и ограничения в нем пищевых веществ, отрицательно влияющих на их состояние, компенсировать возникающий дефицит пищевых и биологически активных веществ, особенно незаменимых факторов питания; повышать защитно-приспособительные возможности организма, его общую сопротивляемость к неблагоприятным воздействиям.

Утвержденные Минздравом СССР и ВЦСПС 6 рационов ЛПП соответствуют виду и условиям труда. Рацион 1 рекомендуется при работе с радиоактивными веществами и источниками ионизирующего излучения. Рацион 2 — при производстве неорганических кислот, щелочных металлов, соединений хлора и фтора, фосфорсодержащих удобрений, диалкильных соединений и других химических веществ. Рацион 2а — при работе с хромом и хромсодержащими соединениями. Рацион 3 — при работе с неорганическими соединениями свинца. Рацион 4 — при производстве амино- и нитросоединений бензола и его гомологов, хлорированных углеводородов, соединений мышьяка, ртути, ртутных приборов, фосфора, неполимерных смол и стеклопластиков, а также при работе в условиях повышенного атмосферного давления. Рацион 5 — при производстве углеводородов, сероуглерода, тетраэтилсвинца, бария, марганца, фосфорорганических соединений.

Рацион 1 включает продукты, богатые полноценным белком, липотропными веществами (метионин, лецитин и др.), стимулирующими жировой обмен в печени и повышающими ее обезвреживающую функцию (молоко, молочные продукты, печень, яйца, рыба), витаминами А, Е, С и Р, железом, медью, кобальтом. Рацион 2 обогащен полноценными белками, ПНЖК (растительные масла), кальцием (молоко, сыр), витаминами А и С и другими пищевыми веществами, тормозящими накопление в организме химических соединений различной природы.

РАЦИОНЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ

Наименование продуктов	Кол-во продуктов в рационе, г					
	№ 1	№ 2	№ 2а	№ 3	№ 4	№ 5
Хлеб ржачий	100	100	100	100	100	100
Хлеб пшеничный	100	100	100	100	100	100
Мука пшеничная	10	15	6	15	15	3
Мука картофельная	1	—	—	—	—	—
Крупа, макарон	25	40	15	35	15	20
Бобовые	10	10	2	2	2	2
Сахар	70	35	5	35	45	40
Мясо	20	150	81	110	100	100
Рыба	30	25	—	25	50	35
Печень	3/4	25	40	20	—	25
Яйцо	200	1/4	—	1,3	1,4	1
Кефир	70	—	—	—	—	—
Молоко (кефир)	40	200	150	200	200	200
Творог	10	—	71	80	110	35
Сметана	10	—	32	7	20	10
Сыр	17	25	—	—	—	—
Масло животное	20	15	13	10	15	17
Масло растительное	7	13	20	5	10	15
Картофель	100	100	120	100	150	125
Капуста	150	—	—	—	—	—
Овощи (морковь)	90	150	274	100	25	100
Фрукты свежие	130	—	73	—	—	—
Томат-пюре	7	2	—	5	3	3
Сухофрукты (изюм, курага, чернослив)	—	—	7	—	—	—
Клюква	5	—	—	—	—	—
Сухари	5	—	—	—	—	—
Соль	5	5	4	5	5	5
Чай	0,4	0,5	—	0,5	0,5	0,5
Химический состав (округлен):						
белки	59	63	52	64	65	58
жиры	51	50	63	52	45	53
углеводы	159	185	156	198	181	172
Энергетическая ценность, кал	1380	1481	1370	1463	1423	1438
Дополнительно витамины, мг:						
аскорбиновая кислота	150	100 *	100	150	150	150
тиамин	—	—	—	—	4 **	4
ретинол	—	2 ***	2	—	—	—
ниацин	—	—	15	—	—	—
метилметионин	—	—	25	—	—	—

* При работе с соединениями фтора — 150 мг.

** При воздействии мышьяка, фосфора, ртути.

*** При работах с фосгеном — только аскорбиновая кислота.

В рационе 2а рекомендуются продукты с повышенным количеством цистина, фосфатидов (особенно лецитина), солей кальция, магния, серы, богатых пектином, а также витаминами А, Е, С, Р, никотиновой кислотой. Одновременно ограничивается использование продуктов, которые усиливают процессы алергизации организма, содержащие относительно высокие количества трансо-фана и гистидина, щавелевой кислоты, хлора, натрия, усвояемых углеводов (особенно сахара), азотистых экстрактивных веществ. Не рекомендуются крепкие мясные и рыбные бульоны и соусы на их основе, пряности (горчица, перец, чеснок и др.), соленые и маринованные овощи, кондитерские изделия и т. п.

В рацион 3 входят продукты, богатые щелочными элементами (молоко и кисломолочные продукты, картофель, овощи и фрукты), а также пектином (фруктовые соки с мякотью и паники, содержащие пектин, — примерно 2 г). Кисломолочные продукты следует принимать в течение рабочего дня. Рацион 4 содержит продукты, повышающие функциональные возможности печени и

В нем ограничено жареное мясо, рыба, яйца и др. В рационе лиц, работающих с фосфором, снижено содержание жиров, которые усваивают всасывание его из кишок. Дополнительно к рациону работающих с соединениями мышьяка и фосфора выдается витамин Д для предупреждения нарушения деятельности нервной системы.

Рацион 5 направлен на защиту нервной системы (лецитин яичного желтка, ПНЖК растительных масел, тиамин) и печени (полноценные животные белки творога, нежирного мяса, рыбы, яиц, ПНЖК растительных масел). Во всех рационах ограничена поваренная соль, соленые продукты, тугоплавкие жиры и жирные продукты. Рабочим, занятым в производство бензола, хлорированных углеводов, мышьяка, показано обильное питье.

ЛПН выдается в виде горячих завтраков до начала работы либо по согласованию с медико-санитарной частью предприятия в обеденный перерыв. Лицам, получающим ЛПН в виде горячих завтраков, искусственную витаминизацию осуществляют путем добавления свежеприготовленных водных растворов витаминов С, В, РР в чай, кофе или третье блюдо. Витамин А добавляют путем растворения в жире, которым поливают гарниры вторых блюд.

Разновидностью ЛПН являются молоко и кисломолочные напитки, которые получают рабочие и служащие, занятые на работах с вредными условиями труда (по 0,5 л в день в течение рабочей смены), — это источник полноценного белка (около 15 г белка содержится в 0,5 л молока), фосфатидов, витаминов (особенно рибофлавин и ретинол), минеральных элементов (особенно легкоусвояемого кальция) и ряда биологически активных веществ. Молочные продукты повышают сопротивляемость ко многим неблагоприятным воздействиям физической и химической природы.

Таким образом, ЛПН в настоящее время осуществляется в трех основных формах: в виде одного из рационов (горячий завтрак или обед), путем приема молочных напитков, получения пектина или витаминных препаратов.

Диеты, применяемые в диетических столовых в системе общественного питания, несколько отличаются от лечебного питания в больницах. Это обусловлено тем, что, как правило, здесь питаются больные вне периода обострения болезни, они продолжают трудовую деятельность. В связи с этим диеты должны по возможности удовлетворять физиологические потребности человека в основных пищевых веществах и в энергии с учетом характера и интенсивности труда, а также обеспечивать необходимую степень механического и химического питания. Наиболее распространенные разработанные Институтом питания АМН СССР диеты № 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, приводимые здесь (по Н. М. Абрамовой, 1987).

Номер Рекомендуемые продукты, виды кулинарной обработки, готовые блюда

1. Овощи с низким содержанием грубой клетчатки и жирных масел (картофель, морковь, свекла, петрушка, капуста, тыква, кабачки и др.), мелко порезанные, отварные (варка в воде, на пару), запеченные, тушеные, в протертом и непротертом виде.

ле отваривания мяса и рыбы; каши манная, рисовая, геркулес — вязкие или протертые, запеканка из этих круп с творогом, пудинг; творожные блюда; макаронные изделия; яйца — всмятку, паровые омлеты; молоко, сливки; нежирная сметана;

супы вегетарианские овощные, молочные из протертых или хорошо разваренных разрешенных диетой овощей и круп, вермишели; соусы — молочный, молочно-фруктовые, фруктовые; желе; муссы, самбуки, кисели, отвары шиповника и пшеничных отрубей;

хлеб пшеничный из муки высшего или 1-го сорта, вчерашней выпечки

2. Те же продукты и виды кулинарной обработки. Кроме того, варка супов на обезжиренном мясном и рыбном бульоне, отварах из более шпорок ассортимента овощей, на кисломолочных напитках вместо молока; жарка котлет без панировки и образования грубой корочки, тушеные изделия и из сырого мяса; различные каши (кроме пшенной и перловой) и изделия из них; соусы сметанные (вместо молочных), на некрепких бульонах, овощных отварах, морсы разбавленные, фруктовые, ягодные и овощные соки

3. Блюда из сырых, отварных, запеченных и тушеных овощей; супы вегетарианские (овощные, крупяные, фруктовые, на молоке и кисломолочных напитках);

различные каши (пшеничная и перловая ограничено), запеканки, крупеники и т. п.; макаронные изделия (ограничено); блюда из мяса и рыбы — отварные, запеченные после отваривания куском и рубленые, паштеты из отварной говяжьей печени;

творог пониженной жирности и блюда из него, молоко и кисломолочные напитки, белковые паровые омлеты; соусы молочные, сметанные, овощные, фруктовые; желе, муссы, самбуки, компоты, кисели, морсы, соки, слабый чай и кофе;

хлеб пшеничный вчерашней выпечки, диетический «Здоровье», «Докторский», сухое печенье

7. Продукты и виды кулинарной обработки такие, как в диете 5. Пищу готовят без добавления поваренной соли. Ограничивают жидкость (супы — 250 г), вместо напитков — сырые фрукты и ягоды. Хлеб бессолевой

8. Широкий ассортимент блюд из сырых, отварных и запеченных овощей, содержащих мало усвояемых углеводов и богатых пищевыми волокнами: супы (1/2 порции), преимущественно вегетарианские из разных овощей, а также с добавлением небольших количеств картофеля и круп.

Мясо, птица и рыба нежирные, перемытые морепродукты в отварном виде, запеченные и тушеные; молочные блюда и напитки из молочных продуктов пониженной жирности.

Ограничить: рассыпчатые каши (гречневая, перловая, ячневая) и блюда из картофеля, зеленого горошка, свеклы, сладкие плоды и ягоды. Пищу готовят без добавления соли. Хлеб — белково-отрубной. «Здоровье», «Докторский»

9. Продукты и виды кулинарной обработки такие же, как в диете 8. Кроме того, включают соевые и квашенные овощи, вместо сахара используют ксилит или сорбит. Норма закладки соли в блюдах понижается

10. Те же, что и в диетах № 5 — 8. Кроме того, в широком ассортименте блюда из рыбных и морских продуктов моря. Ограничено: овощи и плоды с грубой клетчаткой, их после отваривания измельчают. Пищу готовят без добавления поваренной соли

ТВОЕ ЗАБОТНОЕ

В истории были известны две парадигмы физиологии питания. Первая сформировалась в эпоху от Аристотеля (III—II вв. до н. э.) до Галена (II в. н. э.) Вторая — классическая — охватывает период от зарождения современного естествознания до настоящего времени. На смену ей ныне приходит третья парадигма, формируясь на наших глазах и оказывая мощное влияние на развитие теоретических взглядов и многих практических проблем.

Согласно первой парадигме считалось, что питание всех структур организма происходит за счет крови, которая непрерывно образуется в желудочно-кишечном тракте из пищевых веществ в результате сложного процесса неизвестной природы. Затем появилась классическая парадигма питания, опиравшаяся на авторитеты А. Спалланца, Р. Реомюра и А. Лавуазье, показавших, что наблюдаемые процессы образования пищи сводятся к ее растворению (гидролизу). Как отмечал крупнейший физиолог Н. И. Павлов, представления об идеальном и оптимальном сбалансированном питании возникли и оформились в конце XIX в. благодаря трудам немецких ученых, в особенности Г. Гельмгольца. В своей работе, посвященной итогам биологической науки в XIX в., другой крупный физиолог Н. М. Сеченов в 1890 г. отмечал, что теории сбалансированного питания отвечают основным законам сохранения материи и энергии.

В ЧЕМ ЖЕ СУТЬ ТЕОРИИ СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ?

В упрощенном виде балансный подход сводится к тому, что поступление пищевых веществ в организм должно компенсировать расход и потери, связанные с основным обменом, внешней работой (а для молодых людей еще и с ростом организма). Так были сделаны следующие выводы:

ценная часть пищи — это питательные вещества (нутриенты), необходимые для метаболизма, а следовательно, пища может быть очищена от балластных веществ;

обмен веществ (метаболизм) определяется веществами, которые всасываются во внутреннюю среду организма, т. е. уровнем содержания аминокислот, моносахаридов, жирных кислот, витаминов и некоторых солей в пище. Отсюда был сделан и вывод (ложный, поскольку из неправильной посылки) о необходимости так называемых мономерных диет, т. е. созданных по важнейшим элементам.

Оценивая положительные стороны классической парадигмы, нельзя не видеть и того, что балансный подход с идеей рафинированной пищи принес и немалый вред. Так, уменьшение доли овощей и фруктов в рационе, использование очищенных злаковых культур, рафинированных продуктов и т. д. явились факторами, способствующими развитию ряда заболеваний (в том числе сердечно-сосудистых, желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, различных нарушений обмена, включая ожирение и т. д.).

Балансный подход вел к тому, что ценными и полезными признавались лишь пищевые вещества, которые усваиваются организмом, — белки, жиры, углеводы, витамины и соли. Остальная же часть (балласт) стала считаться ненужной в питании. Из классической парадигмы вытекала также идея Н. И. Мечникова о том, что старение и смерть высших организмов в значительной степени связаны с бактериальной флорой желудочно-кишечного тракта: частично используя балластные вещества, бактерии продуцируют значительное количество токсинов, которые постоянно отравляют организм, что и является причиной преждевременной старости и смерти.

ЧТО ЖЕ ИЗВЕСТНО ТЕПЕРЬ

Это было ошибкой, как выясняется с позиций новейшей парадигмы, включившей в себя классическую как свою составную часть. Она позволяет разрешить ряд трудных теоретических и прикладных вопросов и задач, перед которыми оказались беспильны традиционные подходы. Решающую роль в этом сыграли открытия и наблюдения, в числе которых:

обнаружение новых типов пищеварения, в том числе лиэосомного и мембранного;

обнаружение новых методов транспорта конечных продуктов кишечного пищеварения;

результаты сопоставления «безмикробных» животных и животных, в организм которых вводили контролируемые бактериальные культуры;

данные прямых исследований влияния мономерных диет и т. д.

В настоящее время различают три основных типа пищеварения:

ПРАВИЛА ПИТАНИЯ



Основной принцип питания — умеренность, основная тенденция — сведение суточного рациона к рациональному, адекватному минимуму, главное условие правильного построения пищевого режима — разнообразие стола.

Есть ровно столько, сколько нужно, чтобы покрыть затраты энергии (при идеальном весе).

Из-за стола выходить с ощущением легкого голода.

Не нарушать основных элементов режима питания (есть с учетом вашего биоритма, в основном суточного).

Включать в суточный рацион как можно больше овощей, фруктов, ягод в натуральном виде. Разнообразить меню.

Ограничивать себя в рафинированной пище, особенно в сладких блюдах. Желательно исключить жареную пищу и сократить употребление соли до 4—6 г в сутки.

Пища усваивается, если есть аппетит, нормально работает желудочно-кишечный тракт, правильно протекает обмен веществ и сохранена регулирующая деятельность центральной нервной и эндокринной систем.

Аппетит — это и инстинкт, это и привычка (условный рефлекс на время, обстановку и т. д.). Как инстинкт аппетит — это чувство натурального голода, но поскольку на него накладываются привычки, то они и диктуют большей частью время приема пищи.

В связи с этим, необходимо отличать чувство натурального голода от аппетита, вырабатываемого привычкой, последняя может быть и у сытого человека под влиянием свойств пищи (вкуса, запаха, алкоголя и т. д.). Повышению аппетита способствует также обильная плотная еда, так как при ней в пищевом центре поддерживается состояние возбуждения.

Признаки острого голода (по инстинкту) — желание простой, натуральной пищи без вкусовых приправ, общая слабость. Аппетит насиловать не надо, его надо ждать (при его отсутствии), ибо еда без чувства голода менее полезна.

В приеме пищи должен быть следующий режим: не рекомендуется есть сразу после пробуждения от сна и менее чем за 2—3 ч до отхода ко сну, интервалы между приемом пищи должны быть не менее 4—5 ч.

Не рекомендуется прием пищи при физической или умственной усталости, в этом случае перед приемом пищи следует отдохнуть, ибо сам процесс переваривания нуждается в затрате энергии.

Принимать пищу лучше в одни и те же часы. Это поддерживает вы-

РАЗОМКНУТЬ НЕВОСТРЕБОВАННОСТИ ПОРОЧНЫЙ КРУГ

Пробуждение творчества, развитие творческих способностей — это, пожалуй, самый мощный, поистине человеческий стимул к плодотворной жизни, здоровой нравственно, эмоционально, физически. Массовая творческая активность населения — вот что создает благоприятный общественный климат для жизни каждого из нас. Однако именно в сфере творчества, как ни в какой другой, человек подчас оказывается беззащитным, нуждается в моральной и финансовой поддержке, в помощи его проблем.

Отсутствие такой помощи часто становится причиной психологических срывов и даже депрессий. И это понятно. Молодой человек в особенности жаждущий деятельности и признания, стремящийся к самореализации, может оказаться в положении наиболее уязвимом социально и экономически. Не будет преувеличением сказать, что целый ряд негативных явлений, отмечающихся ныне в среде молодежи, питается в

немалой мере невосребованностью способностей, несостоявшимися творческими судьбами.

А между тем опыт хозяйственной и благотворительной поддержки самодеятельного творчества населения возродился в нашей стране. Это и деятельность появивших широкую известность Фонда культуры и Детского фонда, и более скромные по своим масштабам мероприятия отдельных организаций, в том числе неформальных. Вместе с тем потребность в благотворительных фондах для развития свободного творчества растет на местах, и это становится насущной проблемой. Творческая активность людей не может быть отсрочена, должна быть востребована оперативно и целиком.

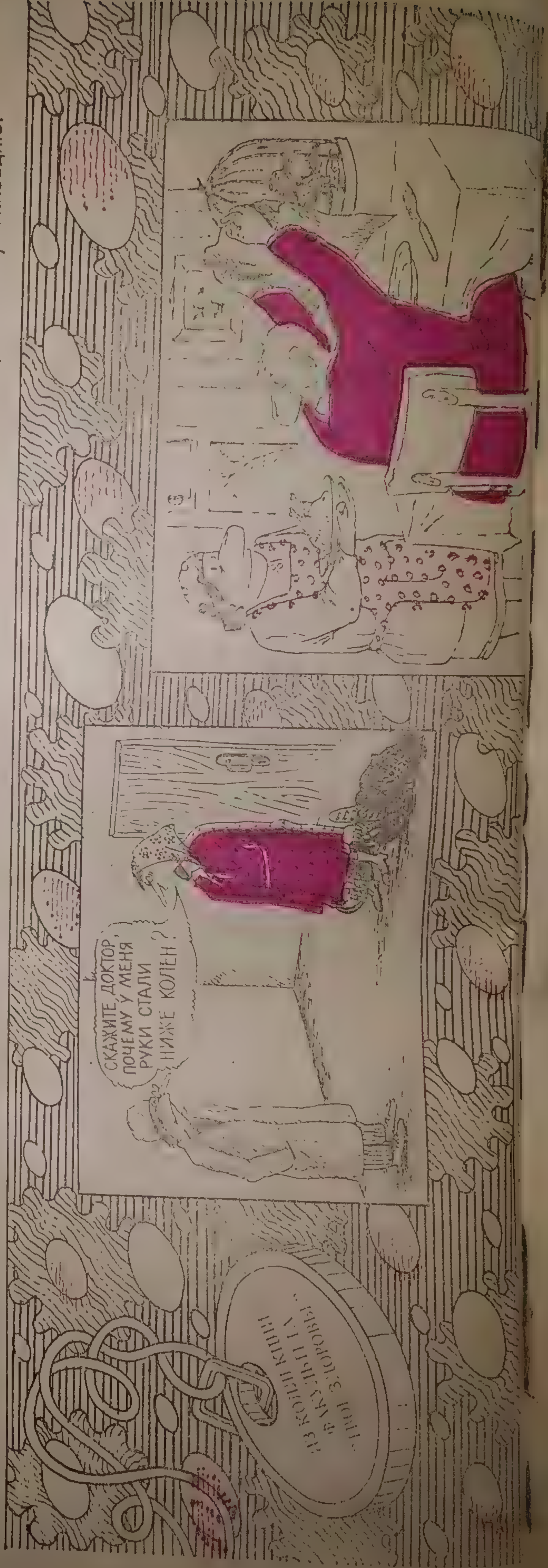
Вот почему Всесоюзный гуманитарный фонд имени А. С. Пушкина, созданный в системе Соцпрофа СССР, начал сбор благотворительных средств на развитие свободного творчества в области изобразительных искусств, литературы, музыкального исполнительства и композиции, кино и театральной деятельности, дизайна, гуманитарных наук. Может быть рассмотрено и любое творческое направление, в котором проявилось дарование и которое нуждается в поддержке.

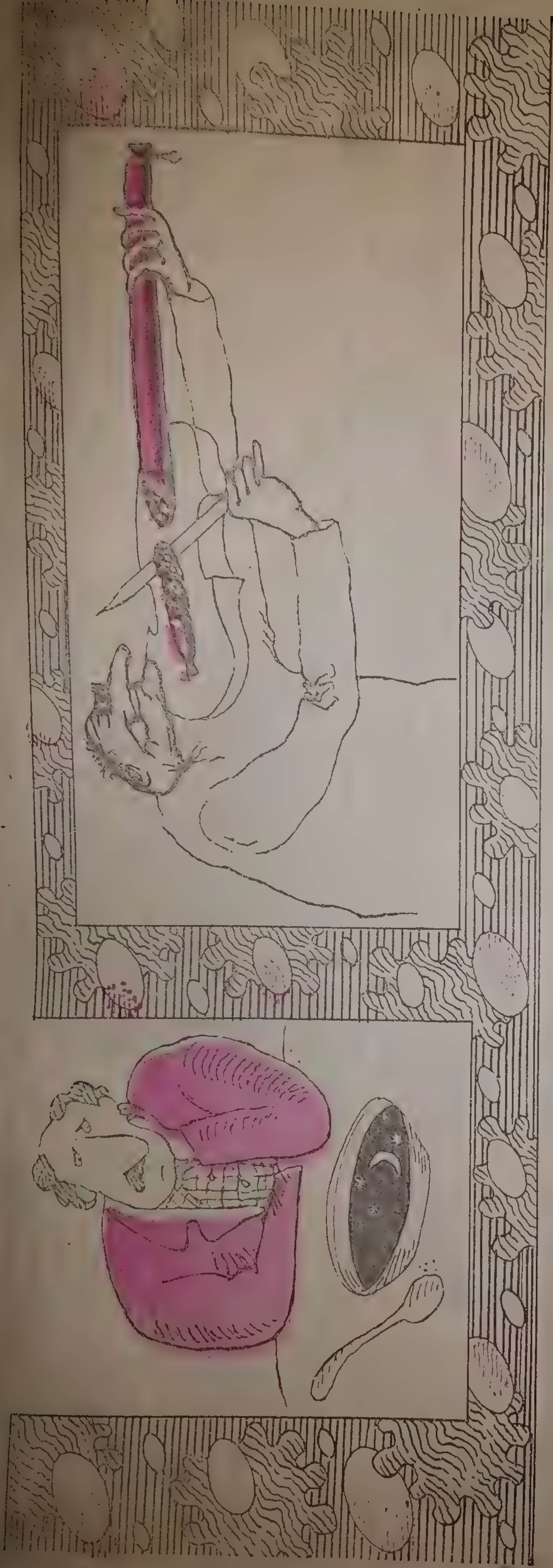
Такие заявки от отдельных лиц и коллективов высылаются в адрес «Творческого центра» (119034, Москва, ул. Дмитриевского, 21), а взносы перечисляются на Мосинкомбанк 700928 (ВГФ им. А. С. Пушкина), расчетный счет 161502 в МГУ Госбанка СССР. На этот

счет пожертвования высылаются учреждениями, организациями, кооперативами в установленном порядке, а от частных лиц — через любую Сберкасса, с пометкой «благотворительный взнос», с указанием обратной адреса. Пожертвования на развитие творческой деятельности отменяются грамотами и дипломами, именные благодарители вносятся в реестр, о деятельности меценатов рассказывается в бюллетене Гуманитарного фонда, их роль освещается средствами информации.

Опыт показывает, что в самых различных регионах нашей страны имеются инициативные группы, неформальные организации гуманитарного профиля, творческие коллективы на предприятиях, в учреждениях, включая детские, которым Гуманитарный фонд может оказать юридическую и экономическую помощь в организации самостоятельной хозяйственной деятельности в гуманитарной области, содействовать в открытии юридически самостоятельных филиалов и отделений.

И это очень важно сегодня, когда творческие силы людей, способных творчески самореализоваться, должны быть поддержаны и защищены наиболее эффективными способами. В этом и наша коллективная ответственность за развитие интеллектуального потенциала общества, за его гуманизацию.





Тем, кто не знает, как найти наши предыдущие выпуски в библиотеках страны, сообщаем следующие выходные данные:

Родителям — о здоровье и болезнях детей (выпуск I) — М.: Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 2).

Работоспособность, возраст, здоровье (выпуск I). — М.: Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 2).

Между здоровьем и болезнью (выпуск I). — М.: Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 3).

Здоровье женщины — здоровье семьи (выпуск I). — М.:

Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 4).

Как разомкнуть порочный круг (выпуск I). — М.: Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 5).

Когда лечит хирург (выпуск I). — М.: Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 6).

Опора и движение: преодоление недугов (выпуск II). — М.: Знание, 1990. — 32 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 1).

В аннотированных карточках дается краткое содержание каждого номера. Выпуски иллюстрированы.

Читателю на заметку

внутриклеточное, внутриклеточное и мембранное, раз-
личия на механизмах.

При внеклеточном дистанционном пищеварении синтезированные ферменты выделяются во внеклеточную среду, где и реализуется их гидролитический эффект. За счет внеклеточного пищеварения вначале происходит расщепление более крупных частиц.

При внутриклеточном пищеварении перасщепленные или частично расщепленные пищевые вещества, проникнув внутрь клетки, подвергаются гидролизу ферментами цитоплазмы. Внутриклеточное пищеварение не играет существенной роли уже через несколько дней после рождения.

Мембранное пищеварение, согласно А. М. Уголеву (1958), занимает промежуточное положение между внеклеточным и внутриклеточным пищеварением, осуществляясь ферментами, локализованными на структурах клеточной мембраны и ее дериватов.

У человека и высших животных мембранное пищеварение осуществляется на внешней поверхности кишечных клеток (энтероцитов), образующей за счет микроворсинок щеточную кайму. На ней локализуется гликокаликс, который обеспечивает не только механическую прочность плазматической мембраны: это молекулярное сито, сепарирующее поступающие молекулы по их величине и заряду. Важно и то, что мембрана благодаря гликокаликсу практически недоступна для многих высокомолекулярных соединений типа ксенобиотиков (веществ, чуждых биологии организма).

Мембранное пищеварение занимает промежуточное положение в трехзвенной схеме деятельности пищеварительного аппарата (полостное пищеварение — мембранное пищеварение — всасывание). Тем самым оно выступает как механизм и акцепторный (по отношению к полостному гидролизу), и донорный (по отношению к всасыванию). Так как обычные пищевые продукты не способны проникать в зону щеточной каймы и гликокаликсое пространство без предварительной обработки в пищеварительной полости, нельзя недооценивать роль полостного пищеварения. Вместе с тем полостное пищеварение без мембранного не может иметь существенного значения, так как всасывание без предварительного мембранного гидролиза невозможно.

Суть новой парадигмы не только в том, что были обнаружены ранее неизвестные механизмы гидролиза. Выяснилось, что для поддержания жизнедеятельности организма необходимы и балластные вещества, по крайней мере, еще шесть потоков веществ, значение которых до сих пор недооценивали. Это и поток путриентов, и поток гормонов с другими физиологически активными веществами, три потока бактериальных метаболитов, поток веществ, поступающих с загрязнением в результате промышленной технологии, накопел, поток вторичных путриентов, образующихся из балластных веществ.

Раньше просто считалось, что путриенты расщепляются и всасываются, тогда как балластные вещества выбрасываются из организма. Но оказывается, в ходе эволюции питания сформировалась такая «технология» пищеварения, в которую включены как утилизируемые, так и не утилизируемые компоненты. В особенности это касается пищевых волокон (ПВ). Физиологически они необходимы для нормального функционирования не только пищеварительной системы, но и организма в целом. Теперь показана связь между распространением в развитых странах так называемого рафинированного питания и нарушениями холестеринового обмена, образованием камней в желчных путях. Чрезвычайно необходимы и потоки бактериальных метаболитов, в которых имеются витамины, аминокислоты и др.

Новейшая парадигма уделяет внимание также защитным системам желудочно-кишечного тракта от проникновения различных вредных веществ, поступление которых следует рассматривать как алергизацию. Так с позиций новейшей парадигмы рациональное питание становится адекватным, т. е. максимально приспособленным к состоянию и индивидуальным особенностям организма. Адекватное питание (составной частью которого является и принцип сбалансированности питания) основано на следующих принципах:

использование защитных компонентов пищевых продуктов (витамины, соединения, улучшающие обезвреживающую функцию печени, факторы защиты, направленные против микроорганизмов, вирусов и различных повреждающих веществ, компоненты пищи, проявляющие антиканцерогенный эффект, и др.);

введение достаточного количества пищевых волокон (до 20 г в сутки);

оптимальные количественные и качественные взаимосвязи основных пищевых веществ;

работанные условия рефлексов, улучшает аппетит и усвоение пищи. Беспорядочный прием пищи, особенно перед сном, способствует появлению различных заболеваний, ожирению.

Суточная калорийность для современного человека явно завышена. По нашим наблюдениям суточная калорийность в 3000 ккал годна только лицам с высокими потерями при значительной физической нагрузке. Здоровым лицам без таких потерь — 2000—2200 ккал. Лицам, склонным к полноте, — не более 1800 ккал в сутки.

О НЕПЕРЕНОСИМОСТИ МОЛОКА

Частный случай пищевой непереносимости. Среди населения Европы и Америки составляет 6—12%, а среди жителей Ближнего Востока — 70% случаев.

Установлено, что при переходе от молочного питания в младенчестве к смешанному, частично или полностью подавляется работа гена, контролирующего синтез лактазы, — фермента, который расщепляет лактозу (молочный сахар). Продукты частичного гидролиза пищевых биополимеров, а также небольшие молекулы (в частности, лактоза и сахароза) проникают через гликокаликс и достигают поверхности мембраны, где локализовано около 20 ферментов, осуществляющих заключительные стадии расщепления фактически всех пищевых веществ. При недостаточности фермента лактазы гидролиз молочного сахара нарушается, что приводит к непереносимости молока.

Зона мембранного пищеварения стерильна, в ней нет бактерий, которые могли бы конкурировать с макроорганизмом за пищевые вещества. У большинства организмов бактерии используют преимущественно остаточные пищевые продукты. В том случае, когда отсутствует какой-либо фермент, его субстрат быстро поступает в полость тонкой кишки и становится добычей микрорефлоры. Возникающие из таких субстратов продукты их переработки бактериями в одних случаях вызывают диарею, а в других — отравление, шок, иногда даже смерть. Тяжелые заболевания, в том числе со смертельным исходом, описаны у взрослых людей даже после нескольких глотков молока.

При старении организма, как правило, непереносимость молока и ряда других продуктов возрастает, так как с возрастом не только снижается синтез ферментов, в том числе лактазы, но и ослабляется функция печеночного барьера. Если, например, подавлять флору антибиотиками, можно предотвратить непереносимость молока. Интересно, что люди с одинаковым уровнем лактазной недостаточности могут переносить молоко, но могут и не переносить его. Это определяется различиями бактериальной флоры (у одних лиц они не вырабатывают токсических метаболитов, у других продуцируют их в большом количестве) и состоянием барьерных функций печени.

... к оптимальному физиологическому состоянию, сохранению высокой работоспособности, отдалению старости и продланию продолжительности жизни;

... с неблагоприятными факторами внешней среды и условиями труда и быта, воздействующими на человека, в том числе с влиянием различных токсических веществ, психо-психических напряжений, сниженной физической активности;

... обеспечение профилактики многочисленных заболеваний человека — пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы и болезней, связанных с нарушением обмена веществ.

ЦЕЛЕБНЫЕ СВОЙСТВА СЫРОЙ ПИЩИ

В хорошо сбалансированном рационе имеется достаточное количество витаминов и других биологически активных веществ, так как в него вводятся блюда из сырых овощей и фруктов, соки и т. п. В связи с этим нет никакой необходимости всю пищу за день поглощать в сыром виде.

В состав сырой пищи входят все растительные продукты, которые можно есть в натуральном виде, свежем псеваренном состоянии. Человек использует в пищу около 600 видов фруктов, около 200 видов орехов, около 300 видов овощей, корнеплодов, клубней, бобовых растений, листьев, стеблей, почек, зерен, цветков. По своему химическому составу растительную пищу можно назвать углеводисто-витаминно-минеральной, так как в ней содержится все перечисленное, а кроме того, жиры и белки в достаточном для питания количестве.

Наибольшее количество белков содержат орехи, бобы, особенно соя, чечевица, фасоль, горох, шпинат, цветная капуста, кольраби, пшеница и др. (согласно справочнику «Химический состав пищевых продуктов». (М., 1979.— С. 54) все виды орехов имеют необходимый набор аминокислот). Достаточное количество жиров находится в растительных маслах — прованском, подсолнечном, льняном, конопляном, горчичном, кокосовом, бобовом, кукурузном, мансовом, ореховом, маковом, миндальном, пальмовом, хлопковом и др.

По содержанию витаминов, минеральных солей и ароматических веществ на первом месте фрукты, поедаемые в сыром виде. Они дают идеальный пищевой материал без ядов и вредных примесей, не вызывают в кишечнике гниения и брожения. Особенно безупречны благодаря защитной скорлупе или кожуре орехи, миндаль, каштаны, апельсины, мандарины, лимоны, гранаты, арбузы, дыни, тыквы, кабачки, огурцы.

Сыроедение является лучшим средством против вялости кишечника: сырая целлюлоза (клетчатка) в растительных клетках представляет натуральное средство возбуждения кишечной мускулатуры, пищеварительного аппарата и нормализации обмена веществ. Сырая пища, бедная белками, солью и водой одновременно (воды-то в овощах и фруктах очень много, но это не свободная вода, которая появляется в вареной пище), находит удачное применение при сердечных и почечных болезнях, а также в некоторых случаях ожирения для облегчения водного обмена веществ.

При ожирении лечение сырой пищей дает лучшие результаты, чем голодание (можно думать, что сырые овощи и фрукты способствуют нормализации обмена веществ). Лечение сыроедением дает хорошие результаты при подагре, ревматизме, освобождая организм от мочевой кислоты, при атеросклерозе и кожных заболеваниях, при гипертонической болезни и др.

Употребление пищи, состоящей из сырых и вареных растительно-молочных, ягодных продуктов, может быть переходным к питанию исключительно сырыми растительными продуктами (для взрослых). Переход на лечебно-профилактическое сыроедение должен быть осторожным и постепенным, чтобы приучить организм. Маленьким детям можно давать мелко протертые сырые орехи и миндаль, смешанные с фруктовыми соками, тертыми яблоками с медом и пропущенной через сито, намоченной овсянкой. Для разнообразия можно прибавлять тертой моркови, шпината или размоченных в воде сушеных фруктов. Когда зубы уже сформировались, детям в дополнение можно давать поемного неперотертое.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ СЫРОЕДУ

Различают два вида сыроедения: всеядное (все сырые растительные и молочно-яичные продукты и хлеб) и абсолютное сыроедение — только фрукты, орехи и зерна злаков.

Режимы полусыроедения:

В последнее время делаются попытки создать молоко, которое могли бы употреблять непереносящие его люди (гидролизовать лактозу до употребления молока или добавить в молоко лактазу).

О МОЛОКЕ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО

В период раннего постнатального развития преобладает мембранное пищеварение, оно является доминирующим, тогда как полостное развито слабо. Полостное пищеварение развивается при переходе от молочного питания, при этом происходит изменение ферментного спектра мембран кишечных клеток. Кроме того, в первые дни после рождения ребенка первостепенную роль играет внутриклеточное пищеварение (эндоцитозного типа).

С позиций теории адекватного питания (новейшей парадигмы) замена молока матери в первые месяцы (тем более в первые дни) на коровье молоко неудовлетворительна. Опасность обусловлена тем, что непосредственно после рождения ребенка имеет место интенсивный эндоцитоз, который заключается в поглощении клетками-энтероцитами макромолекул и доставке их во внутреннюю среду организма. Такой механизм обеспечивает множество разнообразных эффектов, в том числе поступление иммуноглобулинов молока матери в организм ребенка. Однако если молоко матери заменить молоком домашних животных, то с помощью того же механизма эндоцитоза во внутреннюю среду организма будут поступать чужеродные антигены. Но в раннем детском возрасте иммунного барьера в желудочно-кишечном тракте еще не существует. Как тут быть?

Через несколько дней после рождения эндоцитоз практически прекращается. Но и в этом возрасте при молочном питании возникает иная картина, свидетельствующая о резких различиях между женским и коровьим молоком. Содержание лактозы в женском молоке значительно выше, чем в коровьем. При нормальном кормлении ребенка часть лактозы достигает толстой кишки, обеспечивая слегка кислую реакцию, благоприятную для развития молочнокислых и других полезных групп бактерий. Напротив, при использовании коровьего молока лактоза не достигает толстой кишки, и в полости последней вместо молочнокислого брожения возникают гнилостные процессы, что приводит к постоянной интоксикации ребенка.

Формирование токсических продуктов на фоне слабости кишечного и печеночного барьеров приводит к нарушениям как физического, так и интеллектуального развития ребенка, которые сказываются не только в детстве, но и в более поздние периоды жизни. Вот почему в последние годы сделаны попытки оптимизировать замену грудного молока добавлением к пищевым смесям лактозы с тем, чтобы восстановить молочно-кислосное брожение и подавить гнилостное.

1. Утром и вечером сырое кушанье, а в полдень — вареный.
2. Утром и вечером — вареные кушанья, а в полдень — исключительно сырой обед.
3. Во время каждого принятия пищи — вначале сырое блюдо, а затем вареное.
4. Главная еда в полдень — сырая, а более легкая к вечеру — вареная.

Важно учитывать следующие замечания. Фрукты и орехи надо есть перед обедом, а не после обеда. Тогда они могут быть вполне использованы организмом.

При сыроедении употребляется сырая вода, но она должна быть чистой и приятной на вкус — это единственный полезный напиток для человека. При кипячении вода теряет значительную часть минеральных элементов, а двууглекислый кальций переходит в нерастворимое состояние — плохо всасывающееся соединение.

Сыроедение требует соблюдения трех правил, без чего оно недопустимо: чистота приготовления, измельчение продуктов и умеренность в еде. Чрезмерное питание влечет за собой расстройство желудка и кишечника. При выборе пищи соблюдается принцип: минимум калорий и максимум пользы для организма.

ЗАПОВЕДИ СЫРОЕДЕНИЯ

Чтобы стать сыроедом, надо иметь волю, выдержку, соответствующее руководство и здоровый желудочно-кишечный тракт.

При переходе на сыроедение первое время следует есть меньше, так как строгая умеренность в пище облегчает переваривание. По количеству, а доброкачественность надо брать в расчет при еде.

Сыроеды считают, что есть следует лишь при появлении аппетита, ибо аппетит — это голос пустого желудка. С этим вряд ли можно согласиться, ибо голоден не желудок, а кровь. Именно она сигнализирует мозговому центру о голоде, и время приема пищи для многих скорее условный рефлекс, чем пустота желудка, а если он вырабатан, то с ним приходится считаться!

Сыроедение требует тщательного отбора пищевых продуктов.

Пища должна контролироваться не только зрением, но главным образом обонянием и вкусом.

Надо питаться преимущественно по сезону.

Следует основательно пережевывать пищу до извлечения всего вкуса, тем самым увеличивая ее усвояемость.

Сырая пища должна быть разнообразна и аппетитно приготовлена. Важно питаться всегда в хорошем настроении и избегать кушаний, приготовленных в атмосфере раздражительности и недовольства.

Нельзя есть после питья и пить после еды.

Холодную сырую пищу в холодное время года необходимо перед употреблением согреть при комнатной температуре.

Приготовленные сырые блюда нельзя оставлять надолго.

При нездоровье следует воздержаться от обычной еды, есть только когда действительно проголодаешься, что поможет выбрать подходящую пищу.

Не надо есть за один прием разного сорта мучнистую пищу, например хлеб и картофель, рис и овес или чечевицу с фасолью и горохом.

Мучнистые кушанья можно смешивать с зеленью, корнеплодами, маслом, молоком, сыром, яйцами и медом.

Зелень разного рода можно смешивать с корнеплодами.

Сладкие фрукты и каштаны не подходят к салатам, зелени, горькому и кислому.

Сахар-рафинад следует заменять сладкими фруктами, медом и тростниковым сахаром (желтый сахар).

Уксус и кислоты заменяются сладкими фруктами, медом и тростниковым сахаром.

Чем пища жирнее, тем меньше согласуется с сырой диетой.

Вот признаки положительных результатов целебного питания:

цвет лица и кожи улучшается, рост ногтей и волос ускоряется; вкус и обоняние, голос, слух и зрение улучшаются;

вес тела нормализуется, мышцы укрепляются, движения тела облегчаются;

язык очищается, приобретает нормальный цвет, дурной запах изо рта и от кожи уничтожается;

работа желудка и кишок делается нормальной, кровообращение улучшается;

нервы успокаиваются, заметно улучшается самочувствие;

ленивость тела исчезает, работоспособность увеличивается, выносливость повышается, улучшается память.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ БЛЮДА

Порции указаны из расчета 2 блюда на одну трапезу и рассчитаны на одного взрослого мужчину. Если трапеза состоит из одного блюда, можно увеличить порцию.

Латук с орехами. Выложить на большую тарелку 120 г латука (свежих, красивых листьев), выложить на край тарелки 10 грецких орехов (целых или дробленых).

Зеленый лук с орехами. Взять немного свежего зеленого лука — 50 г (небольшой пучок) и приправить какими-нибудь орехами (очень подходят фисташки) — 50 г.

Редиска на салате. Выложить вперемешку на двух больших отборных листьях салата 100 г редиски и 10 грецких орехов или 20 фисташек. Редиску подавать, оставив от 1 до 2 см стебельков, если они достаточно хороши.

Редиска целая со сметаной. Выложить венком на блюде 10—15 отборных редисок (100 г), налить в середину 2 столовые ложки сметаны, посыпать рубленым зеленым луком (1 чайная ложка). Редиску следует класть со стебельками до 1 см высоты (если они свежие), чтобы можно было брать за стебельки и обмакивать в сметану.

Редиска в кислом молоке. В стакан простокваши наложить 15 штук редиски, нарезанной четвертушками. Можно прибавить 1 чайную ложку нарезанного укропа или петрушки.

Пудинг из редиски. 15 редисок (100 г) натереть, прибавить пряных трав, например, петрушки, мяты и 1/2 чайной ложки молодого тмина, 6 столовых ложек молодых орехов (50 г). Перемешать, придать форму, украсить салатом, редиской.

Пудинг из творога и редиски. 3 столовые ложки творога (75 г) перемешать с 3 нарубленными редисками и 1 чайной ложкой нарубленного зеленого лука. Сверху уложить 3 редиски, нарезанные половинками. Обложить пудинг несколькими листьями свежего хорошего салата.

Салат из шпината. Нарезать крупно 1 горсть шпината (примерно 50 г). Положить сверху 3 столовые ложки (с верхом) квашеной капусты. Приправить 1 столовой ложкой растительного масла и 3—4 стебельками рубленого зеленого лука, добавить 1 столовую ложку клюквы.

Блюдо из ревеня. 125 г стеблей ревеня мелко нарезать, прибавить сок 1/4 лимона, 1 столовую ложку меда и 2 столовые ложки сбитых сливок, насыпать сверху 2 столовые ложки тертых орехов (15 г).

Салат из свекольной ботвы. Порубить 80 г свекольной ботвы и несколько листьев салата (20 г). Об-

...его подвижность, выносливость, силы, быстроту реакции организма, рациональному питанию и нормальному составу крови. Мало очищать только кожу, нужно очищать внутреннюю среду через дыхание и соответствующую диету, без которых невозможно очищение организма, восстановление жизненных сил.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Постоянное употребление сырых продуктов приводит к однообразию в питании человека, и в то же время создаются условия для возникновения кишечных инфекций, но говоря уже о загрязненности пищевых продуктов химическими соединениями (пестицидами, пестицидами и другими минеральными удобрениями).

Питание исключительно сырой растительной пищей противопоказано больным с очень резким истощением, при органических заболеваниях нервной системы, при тяжелых анемиях (малокровии) различного происхождения, наконец, при аддисоновой болезни.

Вегетарианцем лучше становится после 30 лет, постепенно уменьшая количество мясной пищи в суточном рационе.

О ЛЕЧЕБНОМ ВЕГЕТАРИАНСТВЕ

Известные доводы в пользу вегетарианства: уменьшение частоты некоторых онкологических заболеваний; уменьшение случаев атеросклероза; положительное влияние на микрофлору кишечника.

Обычно его рекомендуют, в особенности молочно-растительный вариант, лицам преклонного возраста с предрасположенностью к перечисленным заболеваниям. При этом важно учитывать и отрицательные стороны: низкое содержание в растительных белках незаменимых аминокислот, отсутствие витамина B₁₂, низкое содержание витамина D. Содержание железа в растительном рационе довольно высокое, но оно плохо всасывается, так же как и цинк. В этой связи вегетарианский рацион для детей вообще неприемлем. Есть еще один недостаток, но его можно использовать в терапевтических целях.

Считается большим недостатком растительной пищи то, что она дает очень быстрое насыщение, в то время как калорийная потребность организма еще не удовлетворена. Именно это нами использовано для ускорения насыщения едой у пациентов с ожирением, так как приводит к снижению аппетита, быстрому насыщению и ограничению калорийности. Такой полуголодный режим очень полезен для указанной группы больных, ибо мы считаем ожирение одним из самых коварных заболеваний. Определенный смысл применения с терапевтическими целями вегетарианских диет еще и в том, что они способствуют нормализации липидного состава сыворотки крови.

Таким образом, следует признать, что вегетарианский режим может быть использован, но мы его не пропагандируем для всех, тем более здоровых людей. Им нужна, как правило, смешанная пища, но в определенных количествах.

О ПЕРЕХОДЕ И ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЖИМАХ

Приспособление, переход к чисто сырому столу может длиться годами, так как привычки организма — это могучий фактор в питании.

К полусырому молочно-растительному режиму переходят сразу, особенно те, которые отвыкли от мяса и потребляют мало животных продуктов. Рекомендуется не противодействовать желанию поесть что-либо из прежнего и удовлетворить их; такие случаи будут проявляться все реже и реже по мере приспособления организма к новому режиму. Для перехода к сыроедению зарубежные натуропаты советуют ничего не есть до 12 часов, а в первый прием пищи питаться только сырыми плодами.

Уже во время перехода к сыроедению запрещается употреблять кондитерские изделия, экстракты, мучные сушки, макароны.

Вот как примерно выглядит день сыроедения соответственно осенью, зимой и весной, летом:

завтрак: сырые фрукты. Обед: сырые фрукты, сырой зеленый салат (50—70 г), немного мелко нарезанных овощей, 200—400 г вареного картофеля, 150—200 г белого черствого хлеба. Ужин: то же, что и за обедом, но вместо картофеля — вареная зелень;

завтрак: фрукты с орехами. Обед: салат из красной или белой капусты, свежей, с медом, яблоки с орехами. Ужин: фруктовый салат из замоченных сухих фруктов с примесью свежих яблок с орехами;

завтрак: томаты (помидоры) с ароматическими травами. Обед: зеленый салат (в смеси с горошком и травами), редиска (или редь-

лить 1 столовой ложкой подсолнечного масла и перемешать. Взболтать яйцо с соком 1/2 лимона, прибавить укропа, петрушки.

Огуречный салат. Пару огурцов порубить, выкинув семена, приправить луком, петрушкой, зеленью сельдерея (по вкусу) и 30 кедровыми орешками.

Огурец в кислом молоке. Порубить крупно 1 огурец (средней величины), вылить на него 1/2 столовой ложки простокваши или любого другого кислого молока, пахтанья. Посыпать укропом.

Огурец с томатами. Порубить огурец на крупные куски, 1 томат средней величины порезать на ломтики, положить сверху и присыпать 4 столовыми ложками тертых орехов.

Салат с капустой и огурцами. Нарубить 50 г салага (5 столовых ложек), 50 г свежей капусты — все это смешать с 3 столовыми ложками подсолнечного масла, добавить один большой огурец и 1 столовую ложку меда.

Салат из цветной капусты. 50 г цветной капусты нарубить с таким же количеством моркови, прибавить 2 столовые ложки зелени (сельдерея или петрушки) — около 25 г, смешать и добавить подсолнечного масла и меда (по 1 столовой ложке).

Салат из свежей капусты. Мелко изрубить 100 г свежей капусты, добавить 4 столовые ложки сока ревеня, по 1 столовой ложке меда и молодого тмина. Вместо ревеня можно взять ягодный сок.

Три вида овощей. Тертую морковь перемешать с мелко измельченным сырым картофелем и положить рядом с мелко нарубленной свежей капустой (все берется по 1 столовой ложке).

Капуста с помидорами. Нарубить 100 г свежей капусты. Средней величины помидор разделить продольно на осьмушки, положить на капусту и полить подсолнечным маслом, добавить столько же сока красной смородины и мелко нарубленных эстрагона или душистых трав, лучше всего мятных (все берется по 1 столовой ложке). Дать постоять 1/2 ч до подачи.

Горошек с орехами. 50 г зеленого горошка подать с 6 грецкими орехами.

Горошек с помидорами. 50 г свежего зеленого горошка перемешать со 120 г сырого томатного пюре (давленные томаты, протертые с кожурой). Налить 2 столовые ложки подсолнечного масла. Насыпать сверху щепотку петрушки.

Проросший горох с медом. 100 г зерен гороха, довольно зрелого, мочить в течение двух суток в небольшом количестве воды, лучше всего в глиняном или фарфоровом сосуде, помещенном в теплое место. Воду менять три раза в сутки и каждый раз перемешивать в теплой вод. Можно накрыть войлоком. Когда горох размокнет и начнет прорастать, слить воду. Горох хорош и без всякой приправы, но можно добавить 2 столовые ложки меда. Можно вместо меда прибавить горстью салата и 1 столовой ложкой растительного масла.

ка) с орехами, ореховая карамель со свежими фруктами. Ужин: салат — смесь сырых овощей (моркови, капусты, заправленных зеленым маслом).

ПРОДУКТОВЕДЕНИЕ СЫРОЙ КУХНИ

В лечебном вегетарианстве используют следующие виды продуктов:

овощи: свежие, сквашенные, сушеные — листовые и стебельковые; корни, овощефрукты, бобовые; травы, цветы, листья, семена, зерна; плоды, каштаны, орехи. Фрукты. Ягоды; неубойные животные продукты (молоко и молочные продукты, масло и яйца); прочее (мед, растительные масла).

Общие правила выбора овощей и плодов.

1. Лучше меньше, да лучше.
2. Вялое, битое, подгнившее, переспелое вредно.
3. Недозрелые плоды бесполезны.
4. Парниковое менее полезно, чем выращенное в открытом грунте.
5. Ориентироваться на сезонность продуктов.
6. Предпочитать ярко-окрашенные бледному.
7. Лежалые, высушенные или подсушенные продукты менее ценны, чем свежие.
8. При варке опускайте овощи только в кипящую воду. Свежезамороженные овощи опускайте в кипящую воду, но оттаивать их предварительно.

СКОЛЬКО НАДО ЕСТЬ ОВОЩЕЙ?

В ежедневный рацион взрослого здорового человека при сбалансированном и адекватном питании должно входить: 300 г картофеля и 400 г овощей — капусты, свеклы, моркови, лука, тыквы, укропа, других овощей и зелени.

По научно обоснованным нормам питания среднегодовое количество овощей, потребляемых одним человеком, должно составлять: капуста — 34 кг, томаты — 29, огурцы — 11, морковь — 19, свекла столовая — 8, лук — 7,4, зеленый горошек — 2,9, зелень — 4,5, прочие овощи — 16,5 кг.

О ЧИСТКЕ И ДЕЗИНФЕКЦИИ

Летнюю морковь, яблоки, груши, виноград и прочие ягоды лучше есть с кожурой, а с брюквы, тыквы, зимней репы, свеклы снимать. Молодой картофель можно не чистить. С апельсин и лимонов снимать кожуру следует по возможности тонко, употреблять частично.

Попорченные, одревесневшие, битые участки срезать. У листовых овощей срезать все вялое и больное. Ростки картофеля вырезать, проросшие лук и капусту лучше употреблять. Яблоки есть целиком, так как семенная коробочка содержит сравнительно много йода.

Овощи и фрукты надо тщательно мыть, затем очищенные перед употреблением еще раз хорошо вымыть. Чтобы застраховать себя от инфекции, поместить в слабый раствор виннокислотной кислоты (продается в аптеках): 1/2 чайной ложки на 5 стаканов воды, продержать минут 15—20, затем всполоснуть.

О ПОВЫШЕНИИ УСВОЯЕМОСТИ

Достаточное пережевывание пищи играет огромную роль в ее усвоении. Жевание — это обработка пищи механически и химически. Слюна содержит фермент, начинающий переваривание углеводов уже в полости рта. Крахмал при этом превращается в мальтозу и частично в декстрозу.

Полезно знать, что зерно толченое лучше смолотого; огурцы лучше резать вдоль, неправильными кусочками или кубиками; зелень, орехи, фрукты быстро теряют аромат, если их сильно измельчать.

Замачивание влияет на усвояемость — увеличивается процент использования продукта. При самонагревании ферменты, содержащиеся в самом продукте, изменяют его, делают его более усвояемым путем расщепления белков и т. п. Зерно, находящееся в состоянии дремлющей жизни, переходит при прорастании к активной жизни, и пищевое значение его повышается благодаря обогащению ферментами, витаминами — дополнительными факторами питания.

БРЮССЕЛЬСКИЕ ГАРМОНИИ

Редька, хрен хорошо сочетаются с орехами, особенно с земляными орехами, они снимают остроту.

Брюссельская капуста с петрушкой и латуком. Положить рядом на тарелку 60 г брюссельской капусты, 50 г рубленого салата, 50 г нашинкованной или натертой моркови (1/2 моркови средней величины) и добавить подливу: 1 столовая ложка растительного масла, 1/2 столовой ложки лимонного или другого натурального сока, например смородинового, посыпать 1/2 столовой ложки рубленого зеленого лука, 1 чайная ложка петрушки и щепотка молотого тмина.

Кольраби с морковью. 80 г корневища кольраби растереть на терке или пропустить через мясорубку. Смешать с 70 г тертой моркови, приправить 2 столовыми ложками сока спелой смородины и украсить 3 листьями салата.

Морковь с картофелем. Натереть 100 г моркови, смешать с 2—3 столовыми ложками кислого фруктового или ягодного сока, прибавить 50 г сырого картофеля и смешать, можно еще добавить 1 чайную ложку рубленого лука и несколько листьев салата.

Морковь с зеленым луком. На 100 г моркови взять 30 г зеленого лука, перемешать, приправить 1 столовой ложкой растительного масла и мелко порубленным огурцом.

Морковь со сметаной. 100 г моркови нашинковать, добавить 2 столовые ложки сметаны или сливок.

Красный салат. 25 г свеклы натереть, смешать с 60 г тертой моркови, добавить в эту смесь 30 г мелко рубленого сырого картофеля, приправить ложкой подсолнечного масла, добавить 2 чайные ложки клюквенного или другого ягодного сока, 10 г мелко нарубленного лука (1/3 средней луковицы). Можно посыпать сахарным порошком, но лучше медом.

Кровоочистительный салат. Натереть 50 г свеклы, столько же моркови, прибавить 50 г мелко нарубленной капусты. Приправить 1/2 столовой ложки подсолнечного масла или 1/3 столовой ложки меда. Положить сверху 1 1/2 столовой ложки клюквы или красной смородины. Вместо свеклы можно взять репу, вместо капусты — кольраби.

Морковь с сельдереем. 100 г тертой моркови, нарубленный сельдерей (1 большой стебель с листьями). Прибавить 1 початок небольшого латука (салата). Приправить подсолнечным маслом и ревеневым, либо щавелевым, или ягодным соком (все взять по 1 столовой ложке).

Салат из спаржи. Нарезать 50 г спаржи, прибавить 25 г зеленого лука, 50 г молотых орехов (любых). 1 столовую ложку меда, все перемешать.

Молодая редька с капустой. 50 г редьки или редиски нарезать мелкими кубиками, прибавить 25 г рубленой капусты, 1 столовую ложку подсолнечного масла и 3 столовые ложки порошка из ржаных сухарей. Подать на листья салата.

Средиземный салат. 120 г моркови натереть и перемешать со 100 г гороха.

... лимонного семени (1 столовая ложка на стакан воды)
... резкость лимонного сока (1 столовая ложка).
Специфический запах лука (аромат) исчезает, если смешать тертый лук с тертым яблоком, а привкус капусты смягчается укропом, петрушкой, тмином.

Терпкость свеклы исчезает при добавлении сока ягод и фруктов, а кислота помидоров прекрасно сочетается с орехами.

При составлении меню надо считаться с физиологическими потребностями организма, со вкусом и с палитрой продуктов.

Например:
завтрак: фруктовое блюдо с молоком или без;
обед: салат, фруктовое блюдо (с орехами или зерновыми продуктами);
ужин: салат, зерновое блюдо с молоком или фруктово-зерновое блюдо.

О КАТЕГОРИЯХ ВЕГЕТАРИАНСКИХ КУШАНИЙ

Легко усваиваются богатыми витаминами соки из свежих овощей, фруктов и ягод, употребляемые в натуральном виде или разбавленные водой либо кислым фруктовым соком, медом, молоком. Принимаются натощак, маленькими глотками, проглатываемые слюной. Также и настои (от 1 до 12 ч) на воде из сырых трав, зерновых продуктов, кожуры, некоторых фруктов и овощей, процеженные содержат витамины и соли.

Легко усваивается кишечником питательное растительное молоко из орехов, ядрицы, масличных семян. Употребляется отдельно или с фруктовыми блюдами, в чистом виде или с добавлением фруктовых или овощных соков, меда.

Говоря о салатах овощных — из листовых овощей, корнеплодов, овоцплодов или смеси, заметим, что листовые овощи режутся или ломаются, лучше всего на крупные части (листья оставлять целыми и приправлять какой-нибудь салатной-подливой), а корнеплоды натираются. Овощи и плоды режутся на куски, добавляются разные приправы из ароматических трав или семян.

Известны различные подливки: из тертых орехов, кислого ягодного или фруктового сока, свежего или сброженного уксуса, кислого молока, растительного молока или масла, меда, тертого или мелко рубленного лука или чеснока, сквашенного молока, сметаны, сливок, овощных соков, яиц, ароматных трав.

Главные типы подливок: орехово-фруктовая, масляно-фруктовая, орехово-масляно-фруктовая, масляно-молочно-фруктовая, ягодная или фруктово-молочная. Приправляются листовые овощи перед употреблением. Из корнеплодов, клубней, свежей капусты чуть заранее. Подливка должна составлять 5—10% веса салата.

Наконец, накладки из одного или нескольких ингредиентов состоят из орехов (целых или измельченных), сметаны, рассола, фруктового или ягодного сока, ароматных трав, семян, мелко рубленного лука, резаных овоцплодов, тертых корнеплодов, меда.

Фруктовыми салатами называют смеси резаных фруктов разных сортов, свежих и сухих, приправленные различно — медом, фруктовым соком, орехами, сливками.

Обычны в диете вегетарианца сырые компоты (в течение 12—24 ч вымоченные в холодной воде фрукты чуть прикрыты водой), на толстокожих фруктах делаются надрезы. Можно прибавить апис.

Разные сорта овощей в салате не перемешивать. А вот орех — целые (дробленые), молотые, толченые — хорошо применяются к салатам, свежим фруктам в количестве нескольких штук. Разбавляя их в толченом виде водой, получают ореховое молоко или крем, сливки.

В сырых киселях к размоченным овсяным хлопьям прибавляются размоченные и протертые сухие фрукты, тертые или толченые орехи, фруктовый сок, приправа.

Сырой белок яиц плохо усваивается, употребляются сбитые белки.

В приправах нет необходимости в сырой кухне. Апис, кардамон, имбирь, перец и гвоздика отвергаются в зерновых и фруктовых блюдах. Однако тмин, семена горчицы, ароматические травы (укроп, астрагал, петрушка), зерна пастушья используются для салатов.

Салат из помидоров. Измельченные помидоры смешать с небольшой натертой луковицей и сбитым яичным белком (1 яйцо). При сбивании лучше прибавить несколько капель лимонного сока или сока красной смородины. Насыпать сверху 1 столовую ложку рубленой петрушки или сельдерея и 1 столовую ложку молотых орехов или сахарного порошка (последний лучше заменять медом).

Салат из зеленой фасоли. 60 г нежных стручков нашинковать, сняв волокнистые части, прибавить 50 г крупно нарезанного салата и 2 столовые ложки подсолнечного масла или меда.

Картофель с капустой. Нарубить мелко и смешать: 40 г картофеля, 60 г капусты, 25 г лука и приправить 6 столовыми ложками огуречного свежего сока или рассола, можно приправить травами, тмином, орехами.

Салат из лука-порея. Мелко на рубить 60 г порея (не грубого), приправить 3 столовыми ложками майонеза, дать постоять 1 ч. Добавить 1 столовую ложку рубленого сельдерея (листья), щепотку тмина и 1 столовую ложку медовой воды (1 чайная ложка меда на 2 столовые ложки воды).

Летнее крошево. 30 г огурцов, столько же сельдерея, редиски или репы, $\frac{1}{3}$ маленькой луковицы мелко нарезать, все смешать, приправить любой подливкой и накрыть десятком небольших листьев салата.

Блюдо из тыквы. Натереть одну небольшую морковь. Прибавить 50 г рубленой тыквы, 25 г тертого сельдерейного корня и 10 грецких орехов в любом виде.

ЗИМНИЕ ОВОЩНЫЕ БЛЮДА

Розовая кислая капуста. 100 г кислой капусты смешать с 2—3 столовыми ложками свекольного сока (или 3 столовыми ложками тертой свеклы). Можно прибавить $\frac{1}{3}$ небольшой луковицы. Прибавить 1 столовую ложку подсолнечного масла.

Кислая капуста с яблоками. В 100 г кислой капусты положить $\frac{1}{2}$ антоновского яблока средней величины, 1 столовую ложку подсолнечного масла и $\frac{1}{2}$ небольшой луковицы.

Кислая капуста с картофелем. 125 г капусты, 100 г картофеля и $\frac{1}{2}$ небольшой луковицы смешать с 1,5 столовой ложки подсолнечного масла. Можно прибавить 1—2 столовые ложки клюквы или брусники. Вместо картофеля можно взять земляную грушу.

Кислая капуста со сметаной. В 100 г капусты нарезать $\frac{1}{2}$ небольшой луковицы, положить сверху или отдельно 3 столовые ложки сметаны. Можно добавить $\frac{1}{2}$ нарезанного огурца.

Картофельный салат. 50 г на рубленного картофеля, 240 г свежей рубленой капусты, 1 столовую ложку меда, 2 чайные ложки натертого корня петрушки или сельдерея. Вместо меда можно взять 1 столовую ложку подсолнечного масла. Можно прибавить $\frac{1}{2}$ чайной ложки молотого тмина.

Овощной пудинг. 50 г моркови или картофеля, свеклы, столько же рубленой капусты или тертого сель-



Взгляд в прошлое ТАИНСТВО СОТВОРЕНИЯ

Полна РОЖНОВА

Старые люди сказывали: «Ни кринку, ни коасник, ни чашку — на столе все-таки не оставляй. Неведомая сила в пустоту все-таки в ту посуду да выпьет, то ужогко пошатает тебя, погнетет, поизведит. Так вот не оставляй посуду, хоть лучинкой, да прикрой. А коли случится так, позабудешь ты, закутишься по хозяйству, — хворостинку-то возьми да по открытой посуде стегни: «Схлестываю корчи да озеви, гоню морокки! Сиень-постень и ты, всякая нежить, пойдите под гнилую колоду, где добрые люди не хаживают! Будьте вы, мои слова, крепки да остры! Вострей вострого ножа!»

Так заговаривали в старину от болезней и пустокор-меды кухонную утварь в Вологодской глубинке, где прошло мое детство. Помню, была так мала, что деревенская ведунья, когда вошла я на порог ее уединенной избы, будто и не приметила меня. Варила в чугушке дурмянное варено, а по углам стояли туеса с травой и семенами. В красном углу облонок из божьих слезок венчал на иконке светлый лик Божьей Матери. Чистое серебро этого цветочка, как после я узнала, ведает светом в нашей душе.

А заговоры были ко времени: древнейший свод обрядов и оберегов, обрядов и заговорных слов, при-т и череду игрищ вобрал в себя народный календарь.

Хочу рассказать хотя бы о древнем поклонении наших предков горшку щаному. Хозяйка, а на севере она звалась большухой, верила, что знает горшок щаной силу и шей крапивных, и шей с муницей на моске из капустного листка. Да на особину — из кислой капусты, из кашеной.

В Новогодье поросенка резали, и запаха томленных в русской печи шей, жданных мясных (ведь до 6 января шло время пост-вое), стоял в деревне от первых до последних петухов.

«Щаной дух поднимает с печи и дряхлых

старух!» — так говаривали. Или: «Горшок щаной — он живогу и хлебу родной!»

Хозяйка вымывала горшок золой или дрезвой, терла безлистым березовым веником — голиком, обдавала кипятком, поло-жив прежде щепоть крапивового листа, при этом заговаривала:

«Горшок щаной, всякая кринка и ладка, не держите пустокормицы, а посяднн, как держали Сыть, так и держите!»

Дережня — велика миром. С миром, гово-рят, и беда не в убыток. И был такой день «бабы каши», когда шли навестить бабу-повитуху. Ту, что пособляла рожанице. Со-бирали бабы ребятшек, завязывали в хол-щевую тряпицу кто сала кусок, кто мяско на варку шей, кто мучку. Приносили в дар и вышитое полотенце.

А бабка тем временем кашу готовила. Да не какую-нибудь! Кашу, что, мол, дет-кам расти пособляла, рези резучие в живо-те унимала. Опикивала бабка зерна пше-ны или овса в ступе, отшелушивала, водой заливала с добрым словом, в печь стави-ла. Мякла каша, лезла по стенкам горшка, росла. Бабка в нее меду добавляла, масла конопляного. И утворялась каша верой, что жизнь тех, кто отведает из горшка, будет долга, крепка.

Так что этот день, 8 января, укреплял в душах наших предков надежду на житье-бытье, сближал людей. Ведь не один гор-шок каши бабка в печи варила. В деревне, почитай, всяк на поклон к ней приходил. Так что ладила она деревенским миром, семейными торжествами.

Седая древность, яркая, мудрая, вырастает из рус-ского народного календаря. Месяц март, месяц про-тальник отмечен приметами пробуждения природы.

14 марта Евдокия-плющиха снег плющи-ла. И особо почиталась в этот день снежи-ца — талая водица. Оттирали снежицей худобушку с болящих, умывали детишек на крепость, кропили стены, чтобы стены

дышали.

Бабью долю сердцем не ухватишь, умом не вычерпашь.

И на Евдокию вставала баба ранешенько, прина-малась обряджаться, печь топить, тесто раскатывать. В этот день пекли обрядовое печенье — жаворонушки. И вот когда тесто раскатывали, то солнечное звонкое слово пели. Веснянку. А перед этим заговорное слово говорили: «По белому, по чистому, по ядомому, от земли заполученному, по зазнобчивому, зорями кру-ченному, катись бел-крутой, бел-золотой!»

Евдокнев день — обычай хранил удиви-тельные. Кидала баба раскатанный колоб на противень, надрезала крылышки, вытя-гивала клюв, вместо глаз клюквинки вты-кала, при этом зазывала: «Кулики-жаво-ронки, летите в одонки!» Упоминание одонков было обязательным. К этому вре-мени из самых отдаленных уголков сено старались вывезти. Оставались печати-под-клады из веток сухих, травяной трухи, вдоволь семян от цветов и трав. И призы-в к перелетным птицам был частью помы-слов об урожайном лете, о том, что птицы возвратятся к родным гнездам, что в одон-ках им есть корм.

Одонком, хранящим тепло хлеба, видел-ся бабе и противень.

Жаворонки на противнях Евдокия ста-вила в печку, но уже каждая птица из муки была загадана. На деток, на себя, на ближних своих загадать было в обычае. А после, когда испекутся жаворонки, то уже глядели: подгорели крылышки у того, что на мужика был раскатан. Значит, по-беречь надобно было руки. Чтобы не разбо-лелись неровен час! Парил солому скоро-хонько, поостынуть давали, обвязывали руки. Мол, упрждаем боли, не даем под-ступиться ломоте!

С прилежностью оглядывала большуха всех выпеченных птиц. Пока жаворонушки не испекутся — матушка никому есть не давала. Заседали день обрядовым печен-ем, его же и птицам крошили.

дерев, $\frac{1}{2}$ —1 чайную ложку тертого хрена, 2 ореха. Добавить 1 столовую ложку меда или $\frac{1}{2}$ столовой ложки подсолнечного масла.

Салат с хреном или редькой. 1 большую морковь стереть с корнем сельдерея средних размеров, приправить 1 чайной ложкой тертого хрена, истолочь 10 грецких орехов. Вместо хрена можно взять 1 столовую ложку тертой редьки. Прибавить 1 столовую ложку подсолнечного масла.

ЗАПРАВКИ И ПОДЛИВКИ ДЛЯ САЛАТОВ

Лимонное масло. На $\frac{1}{4}$ л растительного масла сок 1—2 лимонов, взбить вилкой масло, добавляя понемногу сок. Можно прибавить 1—3 зубца мелко нарубленного чеснока. Другой способ: все положить в бутылку и трясать.

Ореховый майонез. Истолочь орехи с малым количеством растительного масла, чтобы вышла кашка. Сбить эту кашку с растительным маслом в пропорции: 2—3 столовые ложки масла и $\frac{1}{2}$ столовой ложки кашицы, прибавить сок $\frac{1}{2}$ лимона. Употреблять сразу же.

Майонез сыроедов. Взбить 1—2 желтка, прибавляя понемногу 2—3 столовые ложки растительного масла, прибавить 1 чайную ложку тертого лука или 1 столовую ложку тертого сельдерея. Добавить 1—2 столовые ложки лимонного или клюквенного сока. Майонезы можно сделать зелеными, добавляя к ним сок шпината или ботвы редиски.

Майская подливка. В равной пропорции смешать лимонный и клюквенный сок с растительным маслом. Добавить в малом количестве зеленый лук, рубленую петрушку. Хорошо взболтать в бутылке.

Сметанная подливка. Сок $\frac{1}{2}$ лимона перемешать с 3 столовыми ложками сметаны, добавить зубчик чеснока и не более $\frac{1}{2}$ чайной ложки нарубленного лука и 1 столовой ложки растительного масла. Все взболтать.

СЫРЫЕ СУПЫ

Суп томатно-огуречный. Геркулес (3 столовые ложки) залить свежим или кислым молоком (10 столовых ложек). Дать постоять несколько часов, затем смешать протертый огурец с равным количеством помидора. Всыпать в суп горсть рубленой петрушки или сельдерея.

Суп томатный со сметаной. Натереть 3 помидора средней величины с $\frac{1}{2}$ стакана жидкой сметаны, влить эту смесь в пшеничные (3 столовые ложки) или овсяные хлопья (геркулес). Дать постоять не менее $\frac{1}{2}$ часа, приправить рубленой зеленью.

Суп-ботвинья. 3—4 стакана резаных овощей (огурец, капуста, шпинат, зеленый лук) залить $\frac{1}{4}$ стакана кваса. Дать постоять $\frac{1}{2}$ ч. Можно добавить 1 столовую ложку сметаны.

БЛЮДА ИЗ ЗЕРЕН, ЯГОД И ФРУКТОВ

Зерно проросшее. Перебрать тщательно и перемыть в нескольких водах. Менять воду 3 раза в сутки и промывать перед каждой сменой

свежей водой. Замочить зерно до появления ростков. Такое отчасти самопереваренное зерно особенно годится для питания пожилых, так как слюнные железы у них не вырабатывают достаточного количества ферментов.

Сухие фрукты следует намачивать в пропорции: 10 столовых ложек воды на 100 г сухофруктов. Замачивать от 12 до 48 часов.

Ядрица сырая, немоченая. 100 г ядрицы вымыть. Есть без приправы или с приправой (1 столовая ложка подсолнечного масла).

Ядрица сырая, немоченая. Подать к ядрице 3—4 столовые ложки свежего или кислого молока.

Ядрица с орехами. 50 г ядрицы посыпать 50 г измельченных орехов.

Моченое зерно (по Зоммеру). Замочить 3 столовые ложки крупы перловой или зерен ржи, пшеницы, голого овса или овсянки. Слить воду, приправить 1 столовой ложкой подсолнечного масла или полной чайной ложкой меда, либо смесью обоих.

Гречневая каша с черносливом, простая. Намочить в трех столовых ложках воды 12 штук надрезанного чернослива. Отдельно замочить 3 столовые ложки вымытой ядрицы на 9 ч, слить с нее воду, дать подсохнуть, чтобы поверхность была сухая, влить замоченный чернослив. Хорошо прибавить несколько орехов и 1 столовую ложку клюквенного сока.

Гречневая каша с черносливом, протертая. То же, но протереть вместе. Целесообразно пропускать вымоченный чернослив через мясорубку, если готовят несколько порций.

Салат из свежих фруктов. Порезать 100—180 г фруктов, примешать к ним 50 г орехов. Если кисло, то

прибавить 1,5 чайной ложки меда. **Раздавленный апельсин.** Разделить на дольки апельсин, раздавить их и перемешать с 30 г измельченных орехов.

Мюсли из свежих яблок. Геркулес (1 столовая ложка) замочить в 3 столовых ложках свежего молока на 1—3 ч. Натереть в него 100 г яблок, сладких, плотных. Помешивать по мере приготовления, чтобы масса не почернела. Прибавить 1 столовую ложку меда, сок $\frac{1}{2}$ лимона или 1—2 столовые ложки клюквенного сока.

НАПИТКИ ИЗ РАСТИТЕЛЬНЫХ ИЛИ МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ

Гречневое молоко. 4 столовые ложки ядрицы вымочить в воде (8—12 ч), промыть и истолочь, добавляя понемногу воды (0,2—0,5 стакана), процедить через сито и слегка протереть отжимки. Если усиленно протирать отжимки, молоко получится очень вязкое. Напиток употребляется как приправа к киселям и др., а если отдельно, то добавит 1—2 чайные ложки меда.

Ореховое молоко. 10 грецких или других орехов истолочь, подбавляя воды, профильтровать через льняную ткань или через сито. Добавить 1—2 чайные ложки меда.

Настой отрубей. 4 столовые ложки отрубей залить водой (10 столовых ложек). Через 3—4 ч процедить, добавить 1 чайную ложку меда или 1 столовую ложку ягодного сока.

Сырое взбитое яйцо. Взбить отдельно желток и белок. Накапать в белок лимонный сок (не более 1 столовой ложки), пока белок не перейдет в мелкие хлопья. Соединить с желтком, лучше есть с орехами. Можно приправить пегрушкой, сельдереем.

Гололь-моголь лимонный. 3 желтка взбивать, прибавляя по каплям сок 1 лимона, приправить 1 столовой ложкой меда и подавать с нарезанным салатом (60—100 г).

МОЛОЧНО-РАСТИТЕЛЬНЫЕ БЛЮДА

Блюда из творога попросту. 100 г творога растирается или смешивается с молоком. Можно добавить 1—2 столовые ложки сметаны.

Творог с фруктами или ягодами. Ягоды перемешиваются с творогом или подаются отдельно в целом или ином виде. Вместо ягод можно использовать сок — 1—2 столовые ложки.

Творог с ревенем. 110 г ревеня мелко изрезать и перемешать со 100 г творога. Можно прибавить 1 столовую ложку сметаны.

Молочная каша. 4 столовые ложки овсяных хлопьев, $\frac{1}{2}$ стакана свежего молока, 1 столовую ложку воды перемешать, добавить 1—2 чайные ложки меда.

Растительный бифштекс. 1 часть свеклы, 2 части репы или редиски, моркови, брюквы, тыквы. Смолоть, смешать с лимонно-земляничным или смородиновым подслащенным соком.

Растительный бифштекс. 2 части свеклы, 1 часть редьки, 3 части моркови, приправить 2 частями нашинкованных яблок.



Александр МИНКИН

дырка от буб- лика

Эх, яблочко! Куды котишься?

Частушка

В руки яблочко взяла,
К алым губкам поднесла,
Потихоньку прокусила
И кусочек проглотила...

Закатились глаза,
И она под образа
Головой на лавку пала
И тиха, недвижна стала...

Пес на яблоко стремглав
С лаем кинулся, озлился,
Проглотил его, свалился
И издох. Напоено
Было ядом, знать, оно.

А. С. Пушкин

Не удивлюсь, увидев, что очередной номер «Твое здоровье» посвящен полезному и правильному отдыху на Гавайских островах. Там замечательный климат, оздоровительные прогулки, лечебное купание в океане, катание на кенгуру и черепаший яйца по-Ростовски.

Я не шучу. Во всяком случае, не больше, чем все советские журналы, публикующие «полезные советы» диетологов. Советы эти в лучшем случае бесполезны.

Допустим, диетологи считают, что от вашей болезни помогает морковный сок. Допустим, лет 30 назад это простое средство действительно помогало. Но сегодня счеты колхозного бухгалтера больше похожи на японский компьютер, чем советский морковный сок на морковный сок. Сохранилось только название и внешнее сходство. Сохранилась «форма». Содержание, а это в пище, согласитесь, главное, стало совсем иным.

Надо ли объяснять? Надо ли приводить цифры, показывающие, сколько тонн яда приходится на гектар морковки? Если надо — то к цифрам мы еще вернемся. А пока спросим: черномыльская морковка — это морковка или нет? По форме (виду, цвету...) — да. А по полезности?

Черномыльский морковный сок вылечит вашу болезнь или добавит парочку новых? А черномыльское молоко? Черномыльское мясо?

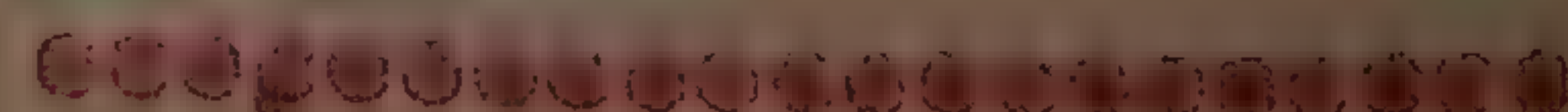
Совершенно точно известно, что зараженным радиацией, «грязным» районам Украины и Белоруссии все три года (1987-й, 1988-й, 1989-й) увеличивали план по мясу, молоку и т. д. Об этом публично заявил даже первый секретарь Народно-чешского райкома В. Будько. Не будем ужасаться. Не будем кричать о преступной безответственности и лживости ответственных инстанций. Мы не на митинге. Мы просто и спокойно должны понять, что за эти годы нами произведены, проданы и съедены сотни тысяч тонн весьма вредных для организма продуктов. Так сказать, ПОВ — пищевых отравляющих веществ.

В грязных радиоактивных районах живут люди. Дышат грязным воздухом. Чтобы они не слишком быстро умерли, их надо кормить чистыми продуктами. Продукты эти везут из чистых районов. Люди в грязных районах продолжают работать, выращивать пищу. Эту грязную пищу отправляют в чистые районы. На грязных землях тратятся семена, деньги, горючее, техника и все такое прочее, чтобы вырастить яд для чистых. Бред! Увы, это бредовая реальность. Единственное логическое объяснение, которое пришло мне в голову, это такое: власти стараются подравнять продолжительность жизни в грязных и чистых местах. Ну и статистику раковых заболеваний заодно подравнять тоже. Нет! А зачем тогда это делается? Ведь больных надо будет лечить. Онкологические больные обходятся дорого. Потребуется западная техника, новые больницы, сотни врачей. Все это надо будет покупать за валюту, строить, учить... Не дешевле ли купить чистой еды!..

К сожалению, грязная еда производится отнюдь не только в черномыльских местах.



О ТОМ, КАК
ОБЕЗВРЕДИТЬ
ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ
ЧИТАЙТЕ
В ОДНОМ ИЗ БЛИЖАЙШИХ
ВЫПУСКОВ «ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ»,
ПРОДОЛЖАЮЩЕМ ТЕМУ
«ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ»



ПЕРЕВОД МЕР ОБЪЕМНЫХ В ВЕСОВЫЕ

1 стакан воды	= 200 г
1 стакан крупы	= 160—200 г
1 стакан клюквы	= 165 г
1 стакан изюма	= 185 г
1 ст. ложка ядрицы	= 18 г
1 ст. ложка перловки	= 20 г
1 ст. ложка толокна	= 10 г
1 ст. ложка геркулеса	= 10 г
1 ст. ложка мака	= 10 г
1 ст. ложка растительного масла	= 12—15 г
1 ст. ложка тертой брюквы	= 20 г
1 ст. ложка клюквы	= 12 г
1 ст. ложка тертых грецких орехов	= 7—8 г
1 ст. ложка клюквенного сока	= 15 г
1 ст. ложка лимонного сока	= 10 г
1 ст. ложка крапивного сока	= 18 г
1 ч. ложка клюквенного сока	= 5 г
1 ч. ложка тмина	= 4 г
1 ч. ложка тертых фисташек	= 5 г
1 ч. ложка меда	= 5 г
1 ч. ложка густого с верхом	= 15 г
1 средняя головка лука	= 36 г
1 яблоко маленькое	= 45—60 г
1 яблоко большое	= 150 г
1 картошка маленькая	= 60 г
1 картошка средняя	= 110 г
1 морковь средняя	= 120—150 г
1 горсть сухофруктов	= 40—60 г
10 шт. чернослива (мясистых, сухих)	= 80 г
10 грецких орехов	= 100 г
10 орехов очищенных	= 45 г
В 1-й ст. ложке 3 ч. ложки.	
В 1-м стакане 14 ст. ложек.	

В руках документ — акт экспертизы, утверждающий, что несколько человек в городе Орско отравились лимонами, «начиненными» ДДТ. А поступили они из прославленного колхоза-комбината «Лимонарий», что под Ташкентом. Этим комбинатом гордится, местное начальство демонстрирует его иностранцам. Выглядит действительно прекрасно. Жаль, что лимоны получают ядохимикатами. В погоне за славой в «Лимонарии» не считаются с затратами на химию. Искусственные удобрения, пестициды...

В США норма — 1 кг пестицидов на гектар. В Узбекистане — 54. Да и эту норму перевыполняют, чтобы план по урожаю перевыполнить.

По урожаю! С каких пор тонны яда называются урожаем! А с тех пор, когда забыли, что надо выращивать пищу. Выращивают килограммы. И, к сожалению, не только в колхозах.

Еще не так давно врач, поглядев на анализы и рентгеновский снимок, хмурился и говорил:

— Ничего страшного у вас нет. Пока, во всяком случае. Но очень вам советую: овощи и фрукты покупайте только на рынке.

Все знали: для онкологических, хронических, грудных и т. п. — только на рынке. В государственных овощах слишком много химии.

И вот — поворот на 180°. В НИИ, изучающем экологию, после официального интервью мне говорят:

— А теперь несколько советов для вас. Во-первых, все покупайте в магазинах — это хоть как-то проверяется. Во-вторых, не парите овощи в алюминиевых кастрюлях — от контакта с алюминием ядовитость продуктов многократно увеличивается. В-третьих, ничего не покупайте у теток, торгующих на улице пучками всякой зелени: скорее всего эта зелень выросла на обочине шоссе и в ней столько свинца и прочей выхлопной дряни...

Как же быть! Где покупать! Что есть!

Прежде красивый внешний вид помидора — соблазнял. Теперь красота — пугает. Скорее всего это наливное яблоко до предела напито черт знает чем.

Совсем недавно Минздрав опять поднял нормы допустимого содержания нитратов в продуктах питания. Одним ресчерком пера вчерашняя отравка получила паспорт полезной еды. Жаль только, что наши желудки, кишки, печенки не столь дисциплинированы, чтоб по приказу министерства научиться усваивать отравляющие вещества.

Итак, факты прискорбны. Продукты все хуже, болезней все больше, жизнь все короче. Что же делать! Покорно жевать, что дают, или...

Во-первых, думаю, надо есть поменьше. Вредность пищи должна стать прекрасным стимулом к умеренности. Ведь при всех талонах и дефицитах мы едим гораздо больше, чем требуется. Оглянитесь — сколько жирных, пузатых граждан в нашей голодной стране. Оглянитесь — какие тяжелые, набитые жратвой сумки волочат домой. Ни во Франции, ни в Италии, нигде нет женской одежды 56 размера, а их магазины... Худейте, товарищи! Сейчас для этого самый подходящий момент. Чем есть радиоактивный бублик, лучше обойтись дыркой от бублика.

Во-вторых, необходимы общества защиты прав потребителей. Ясно, что никакие министерства не дадут нам чистой еды. Им это невыгодно. Только покупатели могут добиться изменения ситуации. И тут годится все: депутатские запросы, бойкоты. Если общество потребителей объявит недельный бойкот капусте — а в ней нормы нитратов, случается, превышены в 5000 раз — посмотрим, что будет.

А ничего не будет. Грязная капуста не станет чистой. В государстве нет чистой еды, и от забастовок и митингов она не появится.

Знакомый редактор посоветовал: напиши, что «надо все раздать людям — пусть сами все делают». Выглядит заманчиво. Что же без конца чего-то кланчить, просить, требовать у разоренного государства! Стоять в очереди за плохим, ждать у моря погоды!

А где! Какие земли раздадим! Отравленную пестицидами Молдавию! Залитую смертельными дефолиантами Среднюю Азию! Ядерные пастбища Семипалатинска! Ту же Чернобыльщину!

А население — кроме депутатов — станет стопроцентно крестьянским. [В Голландии — меньше одного.] И москвич с Арбата поедет за 60 верст на свою делянку полоть свою чистую морковку. А на чем поедет! Кто его повезет! На делянке жить будет! В чем! Откуда домик — если в стране нет стройматериалов!

У меня нет рецепта. Более того — простые, решительные, революционные рецепты внушают мне опасения. Это, конечно, очень по-русски — верить, что можно десятилетиями мучить, травить, убивать, а потом брызнуть живой водой: глядь — мертвец живехонек как ни в чем не бывало.

Увы, срубить дерево — минутное дело даже для дурака. Но даже все мудрецы Отечества не вырастят одну строевую сосну ни за день, ни за год, ни за пятилетку.

Во всем мире чистая пища стоит много дороже. Ибо отсутствие химии фермер заменяет большим количеством труда. Нигде никакой крестьянин не пойдет на то, чтобы гораздо больше работать и за это чуть больше получать. Только дорогие чистые продукты могут остановить вал грязных дешевых. Пока картошка стоит 10 копеек, а капуста 6, они останутся той ядовитой дрянью, которую все кланят и почти все едят. На еду тратим копейки, на лекарства — рубли. По дешевке траемся, дорого лечимся. Умно, ничего не скажешь.

Дорогая чистая еда и жесткий контроль ее качества. Контроль покупателя, а не инспекций и ведомств. Кто покупает, тот и контролирует. Аналитаторы в каждом магазине — как контрольные весы. А то, сколько купили, — можем проверить, а что купили — не знаем. И ожокодельные торговцы и «наормим министры», где на наших глазах ответственные за сельское хозяйство лица, начинающие с чистого Политбюро, будут жевать нитратную капусту, запивая парным разбавленным молоком.

АНТОБОТТИ

"Твое здоровье"

АВТОМЕДОНТ (I век н. э.)

Я пообедал вчера козлиной ногою и спаржей
Икотой и вялой: давно срезали, видно, ее.
Но побоюсь я назвать приглашавшего, это опасно:
Скоро мне, как бы опять он не позвал на обед.

(перевод Ю. Шульца)

ЛУКЮЛЛИЙ (I век н. э.)

Истинно тот наплучший поэт, кто накормит обедом,
Не позабыв угостить тех, кто внимает ему.
Если ж он только читает, а гости уходят не свини,
Пусть и его самого та же постигнет беда.

(перевод Ю. Шульца)

ЛУКИАН (II век н. э.)

Пусть ни один из богов не даст мне той пищи, какую
Ты с наслаждением ешь, Эрасистрат, за столом!
Боль от нее в животе; уж лучше совсем не обедать:
Дети врага моего пусть эту гадость едят!
Голод согласен терпеть я, как прежде, но пусть
Уподобляясь скоту, быть на пире у тебя.

(перевод Ю. Шульца)

ПАЛЛАД (IV—V века н. э.)

Брюхо бесстыдное я пристыдил суровою речью.
Мнил воздержаньем унять чрево в нелегкой борьбе;
Если ж моя голова поставлена выше желудка,
Разве не справиться ей с тем, что пониже ее?

(перевод Ю. Шульца)

В сутки обедают раз. Но когда Саламин угощает,
Мы, возвращаясь домой, снова садимся за стол.

(перевод Л. Блуменау)

ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ

На мое имя поступило много писем, в которых читатели возмущены переходом на газетную форму (наши постоянные подписчики два года получали издание в виде журнала). Теперь «Твое здоровье» надо разрезать (сверху), а главное в этом объеме уже не развернешься. Поэтому и выходить будет чаще — вместо 6 выпусков читатель получит 12.

Отвечаю всем — это все, что предоставлено нам сегодня. И так же, как и вы, я надеюсь на лучшие времена. Ваши отзывы и пожелания — весомая поддержка редакции, и мы с благодарностью принимаем ваши письма, хотя ответить не имеем возможности каждому.

редактор ежемесячника В. Алгульян

САМОАНАЛИЗ: АСТРАЛЬНЫЙ ПЛАН

М. ЛЕВИН

В своей индивидуальной жизни мы не склонны, даже занимаясь самоанализом, раскладывать конкретные события, явления и поступки на их составляющие. Обычно стремятся найти виноватого, если возникает проблема или конфликт, либо не особенно задумываются, если все благополучно, как говорят нормально (конечно, самокопания — не в счет). Допустим, но возможно ли найти все составляющие, хотя бы в принципе и что, в конце концов, это дает?

Для этого и существует астрология. Во-первых, возможность самоанализа тем и ценна, что в результате человек ждет от него конкретных выводов относительно того, как овладеть своими жизненными ситуациями, действиями, поступками, влечениями, чтобы эффективно управлять собой, своим здоровьем, поведением, а также взаимодействием с другими людьми. Во-вторых, именно принципы такого анализа накапливались на протяжении тысячелетий, суммируясь в системе астрологических знаний. И конечно, существуют астрологические методы как вычленения отдельных составляющих, так и описания с их помощью явлений, событий, взаимодействий. Иными словами, можно и виноватого найти, и в целом ситуацию представить, из-за чего и как она складывается. Естественно, все это необходимо для того, чтобы владеть ситуацией, сделать ее управляемой за счет выбора средств и условий, таких, как время, обстановка (место) и т. д. Это относится также и к ситуациям лечения и оздоровления, о которых пойдет речь особо.

ПРИНЦИПЫ САМОПОЗНАНИЯ

Так каковы же принципы анализа? Прежде рассмотрим главные составляющие явлений, которые выделяются с помощью этих принципов и к которым в конечном итоге сводятся все проявления человеческой жизнедеятельности, как индивидуальной, так и коллективной.

Заметим, как свидетельствует многовековой опыт, что все многообразие индивидуальных проявлений человека возможно описать с помощью 7 таких составляющих (соответственно

7 астрологическим принципам), основанных на планетных характеристиках.

1. Индивидуальность. Это то, что наиболее полно выражает целостность человека как индивидуума, являясь своеобразным центром, связывающим воедино все его жизненные проявления. Индивидуальность несет в себе врожденные качества, влияющие на формирование всех черт характера. Это и темперамент, и потребность самореализации, побуждение, творческая активность, собственное мироощущение, наконец, самосознание. Это сама целостность бытия человека, без которой личность его не состоятельна, а все жизненные проявления несамостоятельны и бесплодны.

2. Выживание (адаптация). Как биосоциальное существо человек должен приспособляться к окружению, будь то природное или социальное, и способность восприятия внешнего, и реагирование заложены в этом принципе. А это и то, что воспитано в человеке, усвоено им сознательно и бессознательно, исподволь — подражанием. Речь идет о составляющей, описывающей функцию пассивного поддержания собственного существования и, таким образом, управляющую поведением человека. Если индивидуальность — это центр человека, то вся многоликость его психологических проявлений — личностная оболочка своего «Я».

3. Взаимосвязь (и взаимообмен). Принцип обеспечивает взаимосвязь центра с периферией, индивидуальности с личностной оболочкой, а через нее контакты с ближайшим окружением (средой). Так происходит дифференциация и усвоение воспринимаемого человеком по каналу периферия — центру, а в обратном направлении (центр — периферии) — поиск средств самореализации, продиктованный индивидуальностью. Это само аналитическое мышление, рассудок человека.

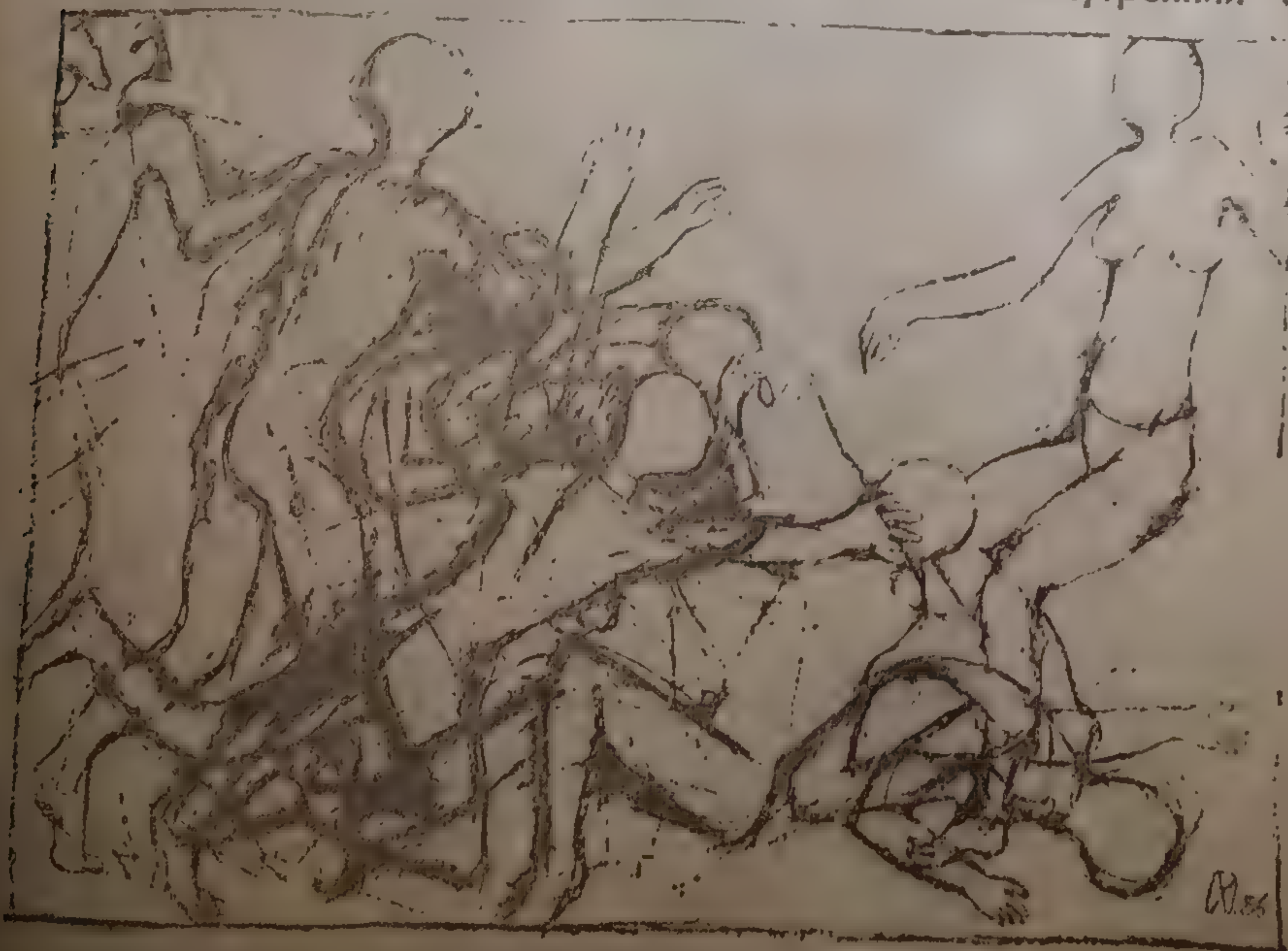
4. Оценка и выбор. В жизнедеятельности человека этот принцип позволяет выделить составляющую, которая определяет отноше-

ние его к происходящему во взаимодействии с окружающим и в общении. Тем самым порождаются выбор и избирательность действий, поступков и усвоения, задается их направление. Это само желание, влечение, эмоциональное отношение, реализация которых зависит от других составляющих. В результате из всего происходящего отбрасывается все то, что не созвучно индивидуальному.

5. Активность. Это сама реализация, но не ее условия. В целостном представлении (описании) любого события, явления эта составляющая воплощает во внешнее проявление в соответствии с принципом 1 побуждение индивидуума и в соответствии с принципом 4 — его желание. Это и слово, жест, усилия, создающие или разрушающие, но всегда изменяющие мир, преодолевая «сопротивление материала». Тем самым обеспечиваются и лидерство, и способность к физическому преобразованию среды.

6. Рост и ориентация, цель. Без этой составляющей невозможны целеустремление, ответственность, достижение, обобщающее мышление. Позволяя охватить картину мира, она задает вектор цели в ней перстом указующим, направляет рост, создает социальные связи, обеспечивает самооценку с учетом мнений, увязку в единую цепь отдельных событий и поступков, определяя ценности, приоритеты и перспективу.

7. Форма как таковая. Принцип обеспечивает стабильность существования, устанавливает границы человеческих проявлений, соответствующих принципам 2 и 5. Это составляющая охраны индивидуального существования от разрушительных внешних воздействий, включая и установление границ, отделяющих коллективное от индивидуального (для защиты интересов личности и общества). Она же ограничивает индивидуальную активность и экспансию до формальных (приемлемых для внешнего окружения) пределов, придавая форму человеческим проявлениям. Это и внутренний формализм, и консерватизм как



ТВОЕ ЗАПОВЕДЕ

законы, традиции, правила, нормы, которыми следует человек), наконец, логика, организующая мышление.

Так как же применить практически эти принципы для выделения составляющих с целью самоанализа?

Прежде чем показать это на конкретных примерах, рассмотрим соответствие перечисленных принципов известным планетным влияниям. Начнем с Солнца — источника тепла и света, поддерживающего силой тяготения единство всей солнечной системы. Являясь центром, Солнце воплощает в своем влиянии принцип 1 — индивидуальность. В принципе 2 (личность) проявляются влияния Луны, циклы которой оказывают воздействие и на все живое на нашей планете. Влияние ближайшей к Солнцу планеты — быстрого Меркурия выражается в принципе 3 (взаимосвязи и взаимообмена). Меркурий воспринимает, поляризует и передает далее влияние Солнца. Ближайшая же к Земле планета — Венера — выражает в своем влиянии принцип 4 (оценки и выбора). Принцип 5, относящийся к внешним проявлениям человека, отражает влияние Марса — первой из планет, находящихся за пределами орбиты Земли.

Влияние самой большой планеты солнечной системы — Юпитера отражено в принципе 6 (роста и ориентации). Сатурн — последняя из видимых невооруженным глазом планет, находящаяся как бы на границе видимого и невидимого мира, в своем влиянии выражает принцип 7 (формы).

Знания о влияниях названных видимых планет и дают нам возможность выделения составляющих (характера человека, ситуации), соответственно рассмотренным принципам. Речь идет, таким образом, о знании «языка планет» — одной из важнейших систем астрологического анализа.

(продолжение следует)

НАПОМИНАЕМ!

В розничную
продажу
наше издание

НЕ ПОСТУПАЕТ

Подписка только

ПОЛУГODOVAYА и ГОDOVAYА

Индекс подписки 70063

АСТРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Занятие 1

ВНИМАНИЕ!

рабле в дальнем плавании, в космическом полете), нарушение связи с внешним миром, отпущ в глухоту, мани в одиночку, эмиграция, всевозможные ограничения свободы действий.

На карте графически представлены планетные линии, дающие информацию о времени продвижения планет через астролополя. И дела в рамках значений тех или иных астролополей выходят на передний план

Скорпион — 12]. Понятно, что для каждого человека, кто родился под одним и тем же знаком, нумерация будет совпадать, и наоборот.

Таким образом, в пределах перенумерованных столбцов на карте вы имеете 12 астролополей, значение каждого из которых вы можете определить по его номеру согласно следующему сведению. Эти 12 астролополей отражают важнейшие сферы жизнедеятельности человека, со-

Не удивляйтесь тому, что карты движения планет по знакам зодиака будут даны не на текущий, а на следующий, 1991 год! Так задумано неслучайно. Все 6 практических занятий, которые будут публиковаться из номера в номер факультета «Твое здравье» в нынешнем году, подготовят вас к самостоятельному анализу, и уж тогда вы сможете приступить к нему во всеоружии. Это будет под следующий Новый год, когда в тесном кругу друзей и близ-

В выпусках № 3, 4 и 5 «Твое здравье» за прошлый год в наших публикациях на зодиакальные темы временные границы знаков зодиака были обозначены по-разному: начало и конец их варьировали в пределах 1—2 дней. Дело в том, что именно в таких пределах и происходит колебание временных границ знаков из года в год вокруг усредненных дат (число, месяц), приведенных в № 3/89 «Твое здравье». Факт этот и был продемонстри-

лун, в кругу семьи вы смолчите, раз-
дадите на столе все 6 карт-графи-
ков, научно погадать о том, какому
судьбы для вас, 1991 год! Но и
теперь вы можете (и это неизбежно-
но) использовать карты-графики
дальнейшего плана пока для трениров-
ки, изучая теорию по статьям в на-
шей рубрике «Домашнему астрологу».
Большую часть расчетов на публикацию
в выпусках нашего издания в теку-
щем году. Надеюсь, что знакомые
до сих пор не только расширят ваши
представления о культуре, но и по-
может преодолеть ту незнаниемлен-
ность, которой питается нездоровый
интерес к оккультному.

Практикум ведет Ф. К. ВЕЛИЧКО

БАШ ПРОГНОЗ. КАРТА 1

Перед вами первая из серии карт,
на которой изображен график дви-
жения планет по знакам зодиака
(на январь-февраль 1991 года).
Начнем знакомство с самых элемен-
тарных сведений. А для этого пере-
номеруйте знаки зодиака в горизон-
тальных столбцах и тем самым
столбцы. Начинать нумерацию сле-
дует с того знака, под которым вы
родились (или тот человек, для ко-
торого будет делаться прогноз).

Итак, начав нумерацию знаков на
карте (в направлении снизу — вверх
и дойдя до конца, продолжите
нумерацию с начала карты. Напри-
мер, если вы начали со знака Стрел-
ца, поставив на столбце цифру 1,
продолжайте так: Козерог — 2, Во-
дород — 3, Рыбы — 4, затем при-
дется сорвать к началу карты и
продолжить нумерацию (Овен — 5,
Телец — 6, Близнецы — 7, Рак — 8,
Лев — 9, Дева — 10, Весы — 11.

Сытия и явления в этих сферах.
1. Глубоко личные проблемы, со-
стояние здоровья, физическая ак-
тивность.

2. Благополучие, доход, приоб-
ретения.

3. Текущая информация, контакты,
новости, письма, телефонные кон-
такты, школьные дела, общение с
соседами, жизнь братьев и сестер,
короткие поездки и поездки.

4. Домашнее, семейные дела, при-
надлежный участок, дача, автомо-
биль, родители.

5. Творчество в широком смысле,
любовь, дети, развлечения, счастли-
вые случайности, расходы, траты.

6. Дела на работе, общее само-
чувствие, болезни.

7. Партнерство, деловые контакты,
дружеские и любовные отношения, су-
дебные процессы.

8. Кризисы, необходимость чем-то
жертвовать, чувствительные потери,
наследство, выигрыши в лотерею и
по облигациям, премии.

9. События в духовной жизни,
идеологии, в обучении и научных
исследованиях, дальние и продолжи-
тельные поездки, включая зарубеж-
ные, расширение кругозора.

10. Реализация жизненных планов,
профессиональные дела, продвиже-
ние по службе, изменение в обще-
ственном положении и в репутации.
11. Общение с друзьями, общест-
венная жизнь, помощь со стороны,
полезные связи, осуществление же-
ланий и планы на будущее.

12. Отверг от жизни и ее пере-
осмысление, ситуации «связанных
руку», вынужденных действий, стрем-
ление к уединению, закулисные про-
иски врагов, пребывание в закры-
тых учреждениях (больница, тюрь-
ма), изоляция (пребывание на ко-

в жизни человека в соответствии с
тем, значение какого астролога
указывается в связи с движением
планет. А это происходит в тех слу-
чаях, когда астролог:

пересчитывает наибольшее
наименьшее

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

число
число

рози в остальных секторах. Значи-
тает вопрос: как быть с астроло-
гией своего собственного знака зодиака
дате рождения!

Прежде всего следует срывать
вагся только на данные по
году, когда вы родились. А также
таблицы в расчете на всех желаю-
щих заняли бы слишком много ме-
ста, поэтому в одном из наших вы-
пусков во втором полугодии будет
опубликован специальный расчет ас-
трологический «лунный» календарь. Такой ка-
лендарь необходим и для нумера-
ции карты движения планет по зна-
кам зодиака, и, конечно, при опре-
делении управляющей газим зна-
ком планеты.

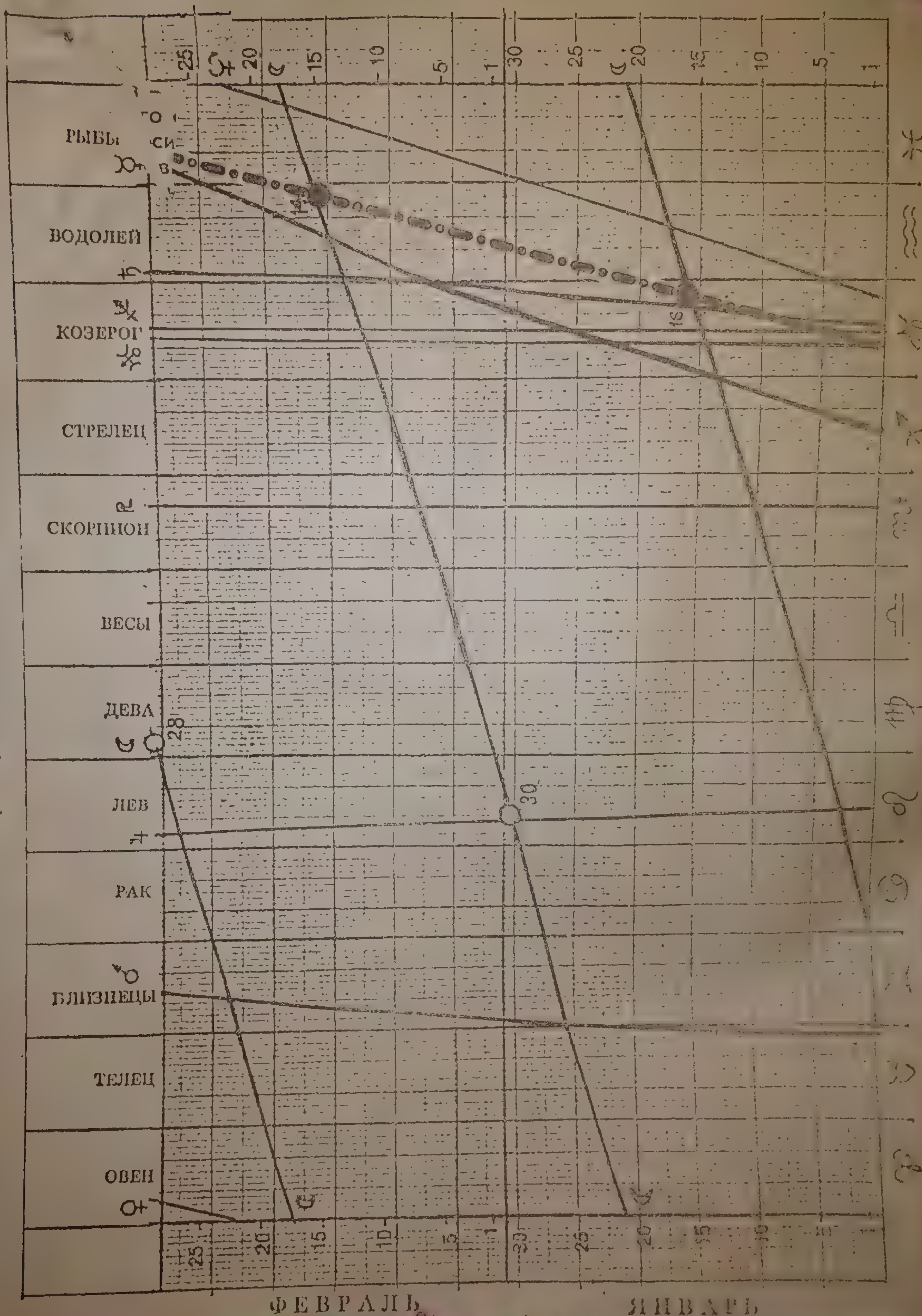
☉ СОЛНЦЕ 4 ЮПИТЕР
☽ ЛУНА 5 САТУРН
☿ МЕРКУРИЙ 6 УРАН
♀ ВЕНЕРА 7 НЕПТУН
♂ МАРС 8 ПЛУТОН

♈ ОВЕН 9 ВЕСЫ
♉ ТЕЛЕЦ 10 СКОРПИОН
♊ БЛИЗНЕЦЫ 11 СТЕЛЕН
♋ РАК 12 КОЗЕРОГ
♌ ЛЕВ 1 КОЗЕРОГ
♍ ДЕВА 2 РЫБЫ

Примечание к прогнозу М. Б. Леви-
на и Т. М. Митяевой на март (смот-
ри на первую сторону обложки); в
указанных в таблице днях на по-
судок рассчитано по московскому
времени.



Масштаб: по горизонтали 1 мм = 2°; по вертикали 1 день = 2 мм



SHIB. 2 P. 1.

факультет

ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ

3/89

Май — Июнь

МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ И БОЛЕЗНЬЮ (выпуск 1)

В выпуске читайте:

О ТАЙНАХ
И ЗАГАДКАХ
СНА

А. Амбрумоса

В. Десятников

О ПРИЧИНАХ
И ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ
САМОУБИЙСТВ

О ЛИКАХ
СКРЫТОЙ
ДЕПРЕССИИ

В рубриках:

Советы и рекомендации практических врачей
Беседы с учеными-медиками
Фенология здоровья: кожный рисунок ладони
и пальцев руки
Болезни: течение, прогноз, предупреждение
Опыт профилактики осложнений
Психологический тест для самоконтроля
Концепция времени и традиционная (народная)
медицина
О сборе, сушке и хранении лекарственных трав
Исторический экскурс: традиции здоровья

Издательство «Знание»
Москва 1989

Содержание выпуска

Слово к читателю

Для тех, кто под «колпаком» (3)
Отвечаем на Ваши письма

А. БОРБЕЛИ. (Перевод В. Ковальзона) (5)

Ранние птички и ночные совы. Короткоспящие и долгоспящие. Бессонница — «болезнь века»? Способы улучшить сон. Снохождение (сомнамбулизм). Нарколепсия и гиперсомния. Храп и нарушение дыхания во сне. Сон как биоритм: безвременная среда, где расположены биологические часы, свободные ритмы. Нарушение биологических ритмов как профессиональное заболевание. Фазовый сдвиг ритмов как метод лечения. Два процесса сна: модель регуляции сна. Регуляция сна и депрессия. Взгляд в прошлое.

Возможности самоконтроля

О. КОПИНА. Как предупредить срыв (29)

Стратегия профилактики

Когда психологический кризис ведет к самоубийству (беседа с профессором А. АМБРУМОВОЙ) (31)

Лекарственные средства

Н. АБАШИНА. Домашнему «провизору». Совет второй (36)

Ю. ЧИРКОВ. Ветеринаризация медицины? (42)

Фенология здоровья

Е. ТРЕПАКОВ. Очевидные свидетельства пальцев рук? (43)

Наш семинар

А. ПОЛЕЕВ. Вокруг психической травмы (51)

Пограничные состояния

В. ДЕСЯТНИКОВ. Лики скрытой депрессии (57)

Взгляд в прошлое

А. МОРОЗОВ. «В минуту жизни трудную теснится-ль в сердце грусть...» (87)

Концепции времени и здоровья

П. СОКОЛОВ. Сезонный цикл в фокусе китайской медицины (89)

Солнечный год и «небесная» календарная система (91)

Антология «Твое здоровье»

Эпиграммы Антипатра Сидонского, Лукиллия, Никарха (95)

Редактор В. АЛГУЛЬЯН

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

Комментарий к теме выпуска, отражающий точку зрения редакции, ведет кандидат медицинских наук, врач Роман Борисович ХАЙКИН.

ДЛЯ ТЕХ, КТО ПОД «КОЛПАКОМ»

К нам, психотерапевтам, нередко обращаются люди, перенесшие тяжелую утрату, горе. Такие пациенты всегда вызывают искреннее сочувствие, сострадание. Но вот в последнее время все чаще обращаются к врачу со страхом перед переживаниями, порой вызванными просто неприятностями.

Жалобы как реакции на неприятности — это нормальное эмоциональное проявление, не требующее вмешательства врача. Все об этом как будто бы знают. Тем не менее приходится напоминать и даже убеждать, что человек должен расстраиваться, если у него неприятности, что утрату, например кошелька, переживать можно — это нормально, а плач — естественное средство, помогающее справиться с горем.

Не зря тех, кто в горе, побуждают плакать в народе, в этом глубинный смысл старинного обряда и даже искусство плакальщиц помогало людям, стимулируя плач, изживать горе. Ту же цель — отреагировать эмоцией — преследуют такие обычаи, как раздиранье одежд на себе, нанесение себе боли (не слишком сильно) и долгое сидение у гроба.

Но попытки переубедить часто бывают безуспешными: трудно бороться с распространенными представлениями о вредности отрицательных эмоций, тем более что на каждом шагу можно слышать ставшие такими привычными пустые, ничего не дающие советы типа: «не волнуйся», «береги себя», «не расстраивайся», «не бери в голову». И люди старательно избегают переживаний, полагая, что они всегда и во всем вредны. К сожалению, и врачи поддерживают эти представления, старательно устраняя «расстройства» у пациентов широким назначением успокаивающих средств и заботливыми рекомендациями вроде «вам ни в коем случае нельзя волноваться», часто не сообщая, как, собственно, этого можно добиться. Впрочем, и сами они, бывает, весьма охотно пользуются транквилизаторами.

Загляните в сумочки, карманы, портфели и наверняка найдете там разнообразный «арсенал» успокаивающих средств. Становится нормой, когда даже здоровые люди, стараясь избежать волнений, принимают таблетки перед выступлениями, концертами, экзаменами, а порой даже накануне

приятных событий — перед торжеством, свадьбой, свиданием. Если транквилизаторы применяются в качестве средства решения проблем в быту и в отношениях между людьми, с их помощью люди все больше отгораживаются от мира, создавая своего рода «химический экран» защиты от эмоций.

Ненормальное отношение к отрицательным переживаниям показывает то, что вместо «у меня неприятности», «мне грустно», «я страдаю», «у меня такое горе» люди теперь горделиво сообщают: «я перенес такой стресс!». Это обычное выражение не только в кабинете врача, но и в частной беседе. И в этих, казалось бы, чисто языковых, лингвистических нюансах отражается сама проблема: перспектива неприятного переживания, отрицательной эмоции беспокоит их не меньше, чем вызвавшая ее причина.

Многие наши современники бегут от переживаний, стараясь избежать отрицательных и просто сильных эмоций любыми путями. Ведь и в кинотеатрах теперь раздается деланный смех во время просмотра фильма там, где должно бы заплакать. Детей не учат специально уступать место старикам, куда-то исчезло сострадание, равнодушие стало больше, чем милосердие, и мимо упавшего на улице безразлично проходят люди, говоря себе: «не расстраивайся», «не бери в голову», «волноваться вредно».

Но может быть, согласиться, что человеку свойственно избегать неприятного? Тем более что лекарства такую возможность предоставляют. Что же в этом плохого? А то, что вопрос об удобстве ухода от переживания с помощью таблеток на самом деле не так прост, поскольку прием лекарств-транквилизаторов резко меняет наши взаимоотношения с окружением и с медицинской точки зрения. Ставится под угрозу и серьезно нарушается способность человека выполнять предъявляемые к нему требования — снижается активность и сопротивляемость, есть основания считать, что на фоне транквилизаторов падает общая устойчивость организма к вредным воздействиям. Отказываясь от полноценного переживания, стараясь притупить, приглушить переживание таблетками, человек может, наоборот, затянуть выход — освобождение от него.

Все больше данных за то, что для здоровья нужны любые эмоции, что важен не столько знак эмоции (положительная она или отрицательная), сколько ее наличие как таковой. Важна разумная позиция индивида по отношению к переживаниям, как к положительным, так и отрицательным. Устойчивость организма к вредным влияниям извне, к стрессу зависит от его отношения к ситуации. Отказ от активности, от нагрузки делает организм уязвимее ко всевозможным вредностям.

Ну а как же пресловутый стресс, Баба Яга для пущего? Что такое стресс? Согласно Гансу Селье, автору знаменитого учения и самого популярного медицинского термина современности, стресс — это комплекс реакций организма, имеющих биологический смысл — приспособление к постоянно меняющимся условиям и обстоятельствам.

Вопреки расхожему взгляду, это реакция не только на неприятное, а на любые изменения в окружающей среде, лишь бы они были достаточными, чтобы организм их «заметил». Поэтому понятна мысль Г. Селье, что избежать стресса может лишь тот, кто ничего не делает, и что «полная свобода от стресса означает смерть». Преимущественное использование «бегства» (включая алкоголь, наркотики, транквилизаторы), уклонение от контакта с раздражителем, будь то избегание нагрузок, конфликтных ситуаций или принятия решений и т. п., в конце концов неминуемо приводит к непереносимости самых слабых воздействий. Активная же позиция, согласно Селье, наоборот, делает в итоге возможной наиболее экономичную реакцию («сосуществования»), то есть способность стойко переносить житейские неурядицы.

Конечно, способность сопротивляться стрессорам не беспредельна. Каждому отпущен свой определенный «запас прочности», который не восстанавливается, а потому должен расходоваться бережно. Правда, есть еще и резервная адаптационная энергия, которую, подобно унаследованному богатству, вложенному в ценные бумаги, надо сперва продать, чтобы пополнить банковский счет и тем самым увеличить сумму, доступную для получения наличными. Так на западный манер объясняет Селье.

Казалось бы, вот и основание для того, чтобы избегать волнений и потрясений? Ни чего подобного. Для человека, боящегося стресса, для человека «в футляре» любая муха становится слонем. Такой человек расходует свои адаптационные возможности по пустякам, ибо любая мелочь становится для него значащим явлением. Для него невозможна реакция «сосуществования».

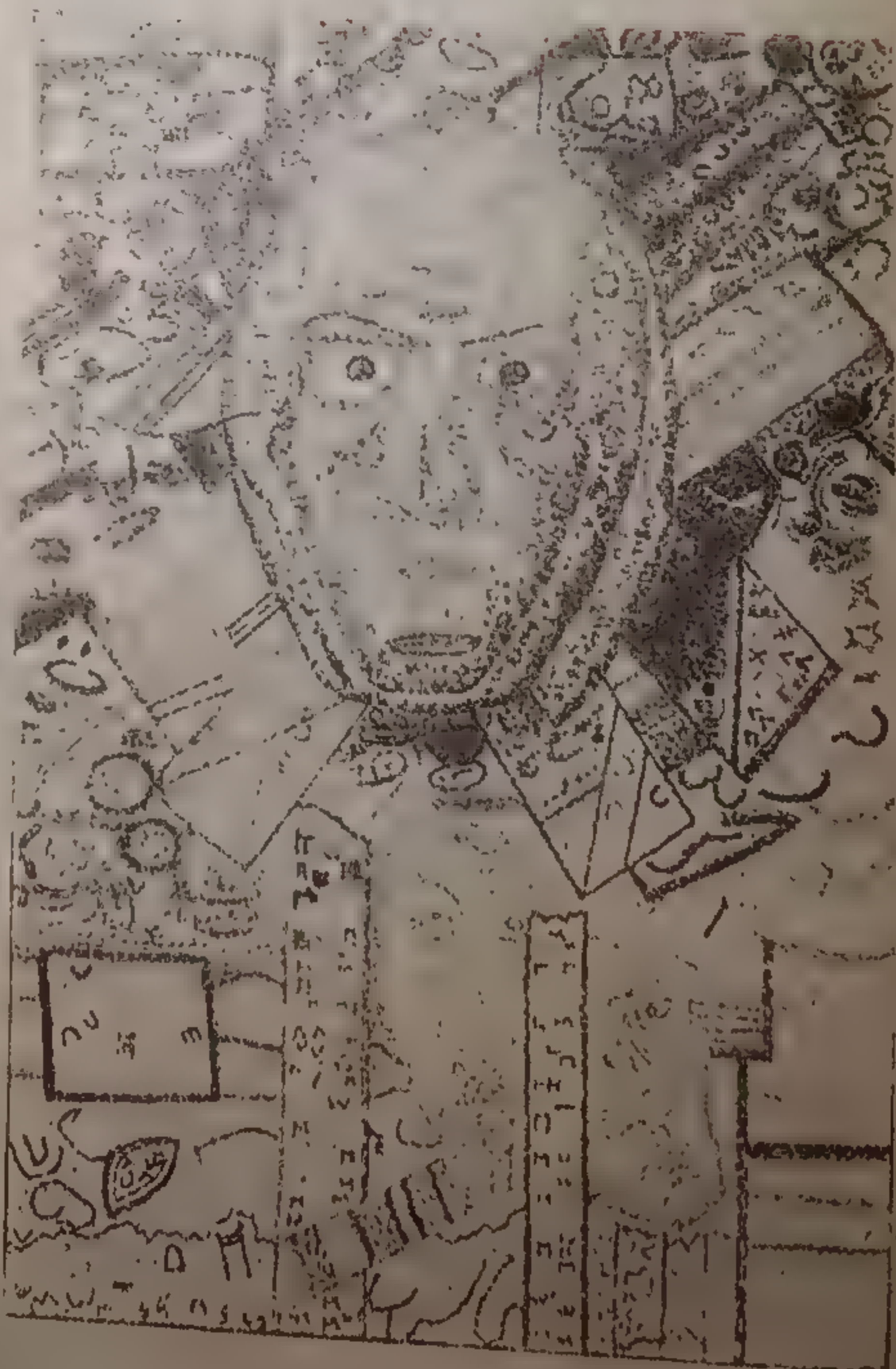
Так как избежать стресса невозможно, надо добиваться, чтобы реакция на него была максимально экономной, а для этого надо по меньшей мере быть знакомым с раздражителем, встретить его лицом к лицу. То, что в обиходе принято называть «стрессом», не более чем нормальная реакция на ситуацию. Избегать же следует грубо разрушающих воздействий, нарушающих саму способность к адаптации, того, что сам Г. Селье назвал дистрессом.

Только достаточно сильный раздражитель (а это бывает не столь уж часто) способен нарушить баланс устойчивого, привычного к борьбе организма. И наоборот, «праздный ум и ленивое тело страдают от дистресса безделья». Если организм не готов к разнообразным влияниям извне, он нежизнеспособен. «Укутывание», в том числе и медикаментозное, приводит к дезадаптации.

Закаленный, тренированный человек отличается тем, что даже высокие нагрузки не доводят его организм до истощающей фазы стресса, в то время как нетренированный приходит к этому очень быстро.

Те, кто постоянно имеют дело с опасностью, с сильными раздражителями, кто является образцом активного отношения к стрессовой ситуации, максимально реализующие свои личностные возможности и потенциал сопротивления стрессу, обходятся без транквилизаторов, ибо их жизнедеятельность требует постоянной мобилизации физических и духовных сил.

Итак, давайте уважать стресс, относиться к нему серьезно, но не бояться его ни-сколько. Тогда число и сила стрессовых ситуаций само собой уменьшатся, а таблетки станут просто ненужными. Сказанное ни в коей мере не относится к лечебному применению превосходных и необходимых лекарственных средств, которые, однако, должны использоваться по достаточно строгим медицинским показаниям и не служить «теплицей», «колпаком» для тех, кто неверно ориентирован относительно особенностей их действия. Лекарства — для больных, а не для здоровых.



Павел Филонов. Голова. Около 1924. Бумага, тушь, перо, акварель. 21,4 × 14,8

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Наши постоянные подписчики, судя по их письмам, интересуются проблемами сна, возможностью использовать имеющиеся знания практически. Предлагаем вашему вниманию отрывки из книги известного сомнолога (специалиста, изучающего сон) из Швейцарии, президента Европейского сомнологического общества, профессора АЛЕКСАНДРА БОРБЕЛИ «ТАЙНЫ СНА», публи-

куемые в переводе, сделанном советским специалистом, кандидатом биологических наук В. Ковальзоном. Если судить по «гамбургскому счету», как пошутил переводчик, профессор Цюрихского университета А. Борбели является вторым (после легендарного М. Жуве из Лиона) среди ведущих специалистов по сну в Европе и входит в пятерку крупнейших авторитетов мира.

* * *

РАННИЕ ПТИЧКИ И НОЧНЫЕ СОВЫ

«Кто рано встает, того удача ждет» — гласит пословица. Рано ложиться и рано вставать, чтобы с утра приняться за работу, всегда считалось похвальным признаком и примерным образом жизни. «Кто рано ложится и рано встает, тот будет сильным, здоровым и благоразумным», — гласит другая поговорка. У Шекспира няня Джульетты бранит ее: «А ну-ка вставай, лежебока!», обнаружив, что ее госпожа еще спит. По отношению к молодежи правило рано ложиться всегда рассматривается не только как нравственное, но и как здоровое.

Профессор Теодор Штекманн в начале века внушал своим подопечным так называемое *правило здорового сна*. Он верил, что сон до полуночи обладает вдвое большей восстановительной силой, чем сон, возникший после этого магического часа, и утверждал, что можно довольствоваться всего лишь четырьмя-пятью часами ночного сна, если ложиться в 7 часов вечера. Штекманн и его последователи описали многие попытки проверить это их предположение, однако серьезные научные исследования в поддержку такой гипотезы отсутствуют и в настоящее время.

Эта точка зрения, с которой иногда случается сталкиваться и поныне, т. е. что сон до полуночи особенно важен для здоровья, не получила сколько-нибудь определенной поддержки в опытах. Тем не менее время суток, когда человек ложится спать, отнюдь не безразлично для него. Мы еще вернемся к этому вопросу при обсуждении биологических ритмов.

Последователь Штекманна Георг Альфред Тьенес пишет: «Утро наилучшее и самое удобное время для работы, потому что мы чувствуем себя как бы

обновленными, гибкими и энергичными, более чувствительными к внешним стимулам, короче говоря, мы как бы молодеем с утра».

Но возможно, что читатель принадлежит как раз к той категории людей, которая вовсе не рвется петь дифирамбы по поводу раннего пробуждения. Кто с трудом утром поднимается и кому трудно при этом сохранить хорошее настроение, тех часто обвиняют в том, что они «встали не с той ноги». После подъема они остаются в полусонном состоянии — вялые и кислые, утром у них нет аппетита и потому на завтрак они едят очень мало или вовсе не завтракают. Все утро они чувствуют себя не в своей тарелке, общаются с окружающими односложными словами и раздраженным тоном. Около полудня их физическое состояние и настроение начинают постепенно улучшаться, они ощущают прилив сил и бодрости. Люди такого типа наивысшую работоспособность проявляют вечером и сохраняют бодрость и активность допоздна.

Специалисты по сну называют такой тип людей «вечерним». Он резко отличается от выраженного «утреннего», типа, который и соответствует как раз доктринам Штекманна и Тьенеса. Люди утреннего типа просыпаются сами и встают без труда, чувствуют себя отдохнувшими и свежими, их трудоспособность максимальна в утренние часы. К вечеру запас энергии и у них иссякает, нарастает утомление, и если обстоятельства позволяют, они рано ложатся спать.

Английский специалист по сну *Джим Хорн* и его шведский коллега *Олоф Эстберг* разработали специальный вопросник для разделения людей на утренний и вечерний типы. Они выделили всего пять категорий людей: явно утренний и вечерний типы, умеренно выраженный утренний и вечерний типы и нейтральный тип. Среди той группы населения, которую они изучали, типичный представитель явно утреннего типа ложился спать в среднем на полтора часа, а вставал на 2 часа раньше, чем явно вечерний тип.

Были также обнаружены различия в изменении температуры тела в течение суток: вечерний температурный пик у людей утреннего типа возникал на час с лишним раньше, чем у людей вечернего типа. Американские исследователи сна *Уилс Уэбб* и *Майкл Боннет* пришли к тем же выводам; кроме того, они показали, что люди утреннего типа имеют количественно более стабильный сон, т. е. что они спят одно и то же количество часов каждую ночь, и что они в большей степени удовлетворены субъективным качеством своего сна по сравнению с людьми вечернего типа.

До недавних пор серьезного научного изучения этого вопроса не проводилось, а имеющиеся результаты не давали ясной картины. Однако характеристики утреннего и вечернего типов и их распределение среди населения являются важной темой научного анализа. Такой анализ особенно важен по отношению к людям ярко выраженного вечернего типа, которые в нашем обществе часто испытывают грубое давление и недостаточное понимание. Их ритм жизни вовсе не признак «разболтанности», а представляет собой просто крайний участок на кривой статистического распределения характеристик сна.

Вопрос же, почему вообще существуют эти различия между людьми утреннего и вечернего типа, остается пока без ответа. Мы все еще не знаем, насколько большую роль тут могут играть наследственная конституциональная предрасположенность или же главным фактором являются привычки, приобретенные в ходе жизни. Имеются, однако, некоторые указания на то, что врожденные факторы, пожалуй, важнее.

Короткоспящие и долгоспящие

Наполеон очень мало спал. Он ложился между 10 и 12 часами вечера и спал до 2 ночи. Затем вставал, работал до 5 утра, вновь ложился и спал до 7 утра. Хорошо известно его высказывание о том, что *только дураки или инвалиды нуждаются в большем количестве сна*. Другие знаменитые короткоспящие, которым требовалось не более 4—6 часов ночного сна, были *Черчилль* и *Эдисон*. Британский государственный деятель обычно работал до 3—4 часов ночи, а в 8 утра был уже снова на ногах, хотя в то же время никогда не отказывал себе в двух часах *съесты* (дневного сна).

С другой стороны, существуют примеры долгоспящих гениев: среди них один из самых знаменитых это *Альберт Эйнштейн*. Каждую ночь он проводил в постели часов десять и говорил, что именно во сне открыл некоторые важнейшие элементы теории относительности.

Короткоспящие субъекты особенно интересны для изучения, поскольку у них восстановительные процессы, которые, как предполагают, проявляются во сне (хотя и не известно, что они собой представляют), ограничены относительно коротким периодом времени. Рассказывают, как проводил *съесты* испанский художник *Сальвадор Дали*. Он сидел в кресле, на полу возле него лежал металлический поднос, а между большим и указательным пальцами он зажимал ложку. Он имел возможность откинуться в кресле и расслабиться, но как только наступала дремота, ложка падала на поднос и будила его. Это состояние, промежуточное между бодрствованием и сном, так освежало его, что *Дали* возвращался к своей работе отдохнувшим и полным энергии: истинно сюрреалистический послеобеденный отдых!

Сообщения о необычно коротком сне или о полном отсутствии сна у некоторых людей требуют тщательной проверки.

Кроме случаев мнимой бессонницы, существуют и действительные случаи очень короткого сна. *Генри Джонс* и

Пэн Освальд изучали двух здоровых австралийцев, тридцати и пятидесяти четырех лет, которые заявили, что спят только по три часа каждую ночь. Оба они работали полный рабочий день и вели активный образ жизни. Шесть-семь ночей, которые они провели в лаборатории по изучению сна, подтвердили, что каждый из них спал менее трех часов за ночь. Более половины этого времени занимал *глубокий медленный сон* (стадии 3 и 4), а *парадоксальный сон*, который возникал вскоре после засыпания, занимал около четверти всего сна (прим. ред. — Речь идет о физиологических стадиях сна, регистрируемых объективно, по показателям ЭЭГ — электроэнцефалограммы и др.).

О еще более выраженном случае короткого сна сообщил английский исследователь Рэй Меддис с коллегами. Одна пенсионерка, бывшая медсестра, семидесяти одного года, сообщила, что обходится всего лишь одним часом ночного сна. Она не чувствует никакого утомления и всю ночь пишет и рисует. В лаборатории ее обследовали в два этапа, по 3 и 5 ночей; наблюдения продолжались и днем, чтобы была уверенность в том, что она не отсыпается в это время.

До сих пор мы рассматривали *редчайшие случаи* исключительно короткого сна. Но насколько вообще распространен укороченный сон среди населения в целом? В результате опроса более 800 000 американцев старше тридцати лет (материал основан только на субъективных оценках и не проверен объективными исследованиями) только один из тысячи опрошенных заявил, что он спит менее 4 часов, а четверо из тысячи заявили, что спят 4—5 часов. По другую сторону шкалы находятся те 16 человек из тысячи, которые заявили, что спят более 10 часов. Пик же кривой распределения лежит между 8 и 9 часами — такой ответ дали 42% опрошенных. Приблизительно одна треть опрошенных заявила, что спит 7—8 часов.

Недавний опрос 800 человек, проведенный во Франции, также выявил, что наиболее частый ответ — это 8—8,5 часа. При этом различия в длительности сна свойственны не только взрослым. В детской больнице при Цюрих-



Микеланджело Буонарроти (1475—1564). *Ночь* (фрагмент). Надгробный памятник Джулиано Медичи

ском университете проведено изучение сна у *пятилетних детей*, которое выявило, что продолжительность сна варьирует от 8 до 15 часов.

Как могут возникнуть столь значительные различия? Группа исследователей из Финляндии решила проверить гипотезу, что они возникают под влиянием врожденных различий в потребности во сне. Они обследовали более 2 тысяч идентичных близнецов — с оди-

наковым генотипом и 4 тысяч неидентичных близнецов — с различным генотипом. Результаты показали, что наследственные факторы статистически значимо влияют на продолжительность сна и даже на субъективную оценку качества сна. Однояйцевые близнецы давали одинаковую оценку, даже когда они жили далеко друг от друга.

То, что было здесь сказано о продолжительности сна, основано на усредненных данных. Колебания, возникающие у одного и того же индивидуума, игнорировались. Однако каждый хорошо знает из собственного жизненного опыта, что мы не всегда спим одно и то же количество часов в течение ночи. Окружающая обстановка играет свою роль, позволяя нам иметь большее количество сна в определенных обстоятельствах (в выходные дни, во время отпуска и т. д.) и очень малое его количество в других ситуациях (например, при подготовке к экзаменам или при уходе за больным). Однако и внутренние факторы также важны. *Сильно влияют на сон изменения настроения:* часто приходится слышать, что когда самочувствие хорошее и настроение бодрое, то и спишь меньше, чем в периоды, когда чем-то подавлен или расстроен. Короче говоря, каждый из нас, очевидно, является потенциально коротко- или долгоспящим.

Давайте вернемся теперь к профилю сна коротко- и долгоспящих. Французский физиолог и эксперт в области сна *Одиль Бенуа* провела специальное исследование в этом направлении. Она обнаружила удивительный факт: хотя долгоспящие спят и больше, но глубокого медленного сна у них меньше, чем у короткоспящих. С другой стороны, именно долгоспящие реагировали на период лишения сна удлинением глубокого медленного сна в первом ночном цикле сна. Эти наблюдения можно объяснить тем, что у долгоспящих глубокие стадии медленного сна возникают лишь в первые ночные часы. По мере продолжения сна он переходит в более «разбавленную» форму, в виде стадии 2. Короткоспящие, напротив, способны проводить более длительное время в глубоком медленном сне, у них сон им более насыщен, что дает возможность выполнить свою «квоту» сна (выспаться) за более короткое время.

БЕССОННИЦА — «БОЛЕЗНЬ ВЕКА»?

Миссис М. — 56 лет, и она давно страдает бессонницей. Ложится часов в 11 и не может уснуть целый час или даже два, а в голове вертятся события дня и все прочие проблемы: конфликты на работе, огромный счет от зубного врача, который придется вскоре оплатить, болезнь матери... Она не может расслабиться, тщетно размышляя обо всем этом, и сон не идет.

Каждый вечер, когда миссис М. ложится в постель, она со страхом думает о том, что опять не заснет. Ее будильник звонит в 6.30 утра — надо вставать, хотя чувствует себя разбитой и измученной. Днем не может сосредоточиться на работе, стала ворчливой, вспыльчивой и нервной. Часто думает: «Мне бы только несколько ночей хорошего сна, и я стала бы другим человеком».

Она уже пробовала разные средства от бессонницы. Вначале принимала таблетки, что доктор прописал. От них действительно быстро засыпала, но на следующий день чувствовала себя утомленной, и появлялись какие-то неприятные «лекарственные» ощущения, вроде оглушенности. Однажды даже заснула в автобусе по дороге на работу. Через некоторое время снотворное потеряло свою эффективность, и она попыталась обойтись без него. Но как только прекратила прием, бессонница стала еще сильнее, чем до лечения. Теперь мучается в постели без сна до трех часов ночи, засыпает, но вскоре просыпается.

Миссис М. не одинока со своими проблемами. **Миллионы людей** вечер за вечером напрасно ждут прихода освежающего сна. Опрос, проведенный среди людей среднего возраста в Швейцарии, показал, что более половины из них страдают от бессонницы, по крайней мере изредка. 7% мужчин и 12% женщин ответили, что они почти каждую ночь плохо спят. Эти данные полностью совпадают с опросами, проводившимися в других странах. В Америке опрос показал, что 6% взрослых так сильно страдают от бессонницы, что даже обращались по этому поводу к врачу. В половине из этих случаев врачи прописали снотворные.

Во всех таких опросах обращают на себя внимание две вещи: во-первых, расстройства сна чаще встречаются среди женщин, чем среди мужчин; во-вторых, они учащаются с возрастом. При этом возникают в основном три проблемы, которые могут встречаться как *порознь*, так и *вместе*. Наиболее часты жалобы на *трудности при засыпании*: такие больные, как миссис М., могут часами мучиться, пытаясь уснуть. Они мечутся и вертятся, слышат бой часов и не могут уснуть. Другая форма нарушений сна — это *частые ночные пробуждения*. У этих больных сон слишком поверхностный, и они часто пробуждаются. Правда, обычно они вслед за этим быстро засыпают снова, но и тогда вдруг просыпаются среди ночи и не могут уснуть. Третья проблема — это *ранние пробуждения*, когда человек просыпается часа в 4 утра и больше не может уснуть.

Когда сон такого больного регистрируется в лаборатории, то с помощью объективных методов можно подтвердить существование нарушений сна I типа (затруднения при засыпании), а также II и III типа (трудности поддержания сна). Действительно, оказывается, что одни слишком долго не засыпают, у других сон часто прерывается, а у третьих он слишком короткий. Интересно, что заявления типа: «Я не сомкнул глаз всю ночь», как правило, нельзя воспринимать буквально: лабораторные записи показывают, что на самом деле эти люди хоть несколько часов за ночь, да спят. Часто переоценивают время до начала сна. Например, в одном обширном исследовании больные бессонницей заявили, что им требуется в среднем более часа, чтобы уснуть, в то время как записи показали, что они засыпают менее чем через полчаса. Можно ли заключить из этих обследований, что пациенты с расстройствами сна на самом деле симулянты и все их симптомы просто выдуманы?

Такое заключение было бы ошибочным. Жалобы на плохой сон связаны с субъективными ощущениями, как и жалобы на боль, например, и бессмысленно искать объективные показатели, чтобы опровергнуть эти ощущения. Если предъявляются жалобы на плохой сон,



Оноре Домье (1808—1879). О, Луна!.. (1844)

то они должны восприниматься серьезно, даже если их и не удастся измерить или объективно подтвердить.

Различия между субъективным и объективным качеством сна поднимают один из наиболее интересно-интересный вопрос, на который мы и не имеем пока удовлетворительного ответа на него, а именно: *какие факторы ответственны за чувство отдыха, свежести после хорошего сна?* Похоже, что эти ощущения очень субъективны. В противном случае трудно объяснить, почему одни люди вполне удовлетворены своим сном, хотя записи показывают, что этот сон короткий и с частыми пробуждениями, а другие жалуются на плохой сон, хотя объективные признаки нарушений сна отсутствуют. Будет сделан большой шаг вперед, когда удастся показать *связь между объективно регистрируемыми параметрами* (такими, как определенные записи на ЭЭГ) и субъективными ощущениями хорошего или плохого сна, однако до сих пор все попытки такого рода оставались безуспешными.

Существует определенная вероятность того, что люди с расстройствами сна представляют собой особую группу

населения с повышенной чувствительностью к собственному сну; они могут более резко и негативно реагировать на любую нехватку сна, чем другие люди. В соответствии с одной гипотезой в организме таких людей функциональная активность сохраняется повышенной даже после засыпания, вследствие чего объективно наступающий сон не осознается ими как таковой. Наиболее яркий пример таких людей — это больные с депрессией или тревогой, у которых бессонница может быть симптомом психологических нарушений более общего характера.

Таким образом, причины нарушений сна весьма различны. В швейцарском исследовании, о котором уже говорилось, наиболее частой причиной опрошенные называли *«невозможность выкинуть мысли из головы»*. Например, одна девушка не могла уснуть, потому что все время думала о проблемах, связанных с ее молодым человеком; миссис М. продолжали беспокоить конфликты на работе, финансовые проблемы и здоровье матери. Бизнесмены, у которых работа очень напряженная, не могут *«отключиться»* и ложатся спать, думая о предстоящем совещании. Испытывая крайнее утомление, они тем не менее не могут уснуть. Иногда сон не приходит не из-за тревоги, а из-за радостного ожидания. Например, моя восьмилетняя дочь накануне дня своего рождения внезапно в полночь появилась в гостиной и заявила, что она не может уснуть: *«Я так жду завтрашнего утра!»*

В других случаях сон может нарушаться из-за болезни: больной не может заснуть из-за болей, хотя он особенно нуждается в этом *«бальзаме»*. Кроме этого, тяжелый кашель или затрудненное дыхание могут вызывать частые ночные пробуждения.

У здоровых людей сон часто нарушается от внешних причин. У горожан — это обычно уличный шум, если окна спальни неудачно расположены. В упоминавшемся выше швейцарском исследовании наиболее частой причиной регулярно возникающих расстройств сна назывался шум от автомобилей и самолетов. Увы, для многих в сегодняшнем мире ночная тишина стала недоступной роскошью...

Наконец, нужно указать на погоду как на фактор, способствующий бессоннице, хотя эти два явления и не всегда легко связать. Упомянувшееся швейцарское исследование показало, что *«фен и резкие изменения погоды»** являются второй из наиболее частых причин непостоянных расстройств сна. Показано, что как очень низкое, так и очень высокое атмосферное давление вызывает *дневную сонливость* у людей. К сожалению, наши знания относительно связи погоды и сна недостаточны. В частности, неизвестно, почему одни столь чувствительны к изменениям погоды, а другие их вообще не замечают.

Многие читатели могут подтвердить на собственном опыте, что они лучше спят в привычной обстановке у себя дома. Непривычная кровать в гостинице и странный шум — причины плохого сна. В лаборатории испытуемые в первую ночь обычно плохо спят. Они долго не засыпают, первый эпизод парадоксального сна задерживается, имеют место частые короткие пробуждения. По этой причине первая ночь всегда рассматривается как адаптационная, необходимая для того, чтобы испытуемый привык к новой для него обстановке в лаборатории по изучению сна, и в эту ночь запись никогда не проводится.

Ночной сон зависит также и от того, как вы провели предшествующие вечерние часы. Нежелательными являются значительные *физические и умственные нагрузки* перед сном, а также *обильная пища*, особенно если она принимается *вместе с алкоголем, кофе и никотином*. Важно также, в какое время человек отправляется спать, но это мы обсудим подробнее, говоря о биологических ритмах.

До сих пор мы имели дело со случаями, когда причины бессонницы достаточно очевидны. Однако часто плохой сон не связан с какими-то определенными причинами. Особенно часто это встречается у пожилых, которые теряют способность спать несколько часов под-

* «Фен» — это погодное явление, сопровождающееся внезапным изменением атмосферного давления в Северной Швейцарии и Южной Германии.

ред без пробуждений. По мере старения сон явно становится все более фрагментарным и прерывистым; многие пожилые люди воспринимают такие возрастные изменения как нарушения сна, но это не обязательно так.

Когда больные жалуются на серьезные нарушения сна неясной природы, то врач прежде всего должен выяснить, не лежат ли в основе какие-то психологические проблемы. Бессонница часто первый признак депрессии, которая может быть скрытой и потому трудно распознаваемой. У таких больных лечение должно быть направлено на основное заболевание, а не только на симптом бессонницы. Связь между сном и депрессией будет еще рассматриваться нами. Кроме депрессии, другие виды психологических и психических нарушений, а также разные виды зависимости (в том числе алкоголизм) часто сочетаются с бессонницей.

СПОСОБЫ УЛУЧШИТЬ СОН

Что же делать тем, у кого плохой сон? Обращаться к врачу или попробовать обойтись домашними средствами? Неужели единственное решение проблемы — это снотворные? А может, существуют другие выходы из положения? Вредит ли бессонница здоровью? Вот некоторые из вопросов, которые вновь и вновь задают исследователям сна. Попробуем вначале ответить на последний вопрос. Бывает, человек зафиксирован на том, что он плохо спал последнюю ночь или две, и уже беспокоится о своем здоровье. Такие опасения беспочвенны.

Любой человек может вспомнить случаи, когда он плохо спал; никакого особого лечения здесь не требуется и нет никаких свидетельств того, что переходящие периоды бессонницы оказывают какое-то вредное влияние на общее состояние или здоровье человека. Однако если бессонница становится более тяжелой или наступает чаще, то необходимо поискать возможные причины.

Быть может, появились какие-то проблемы, которые не удастся выбросить из головы? Быть может, личная жизнь или работа создают такую на-

грузку, которая оказывает отрицательное воздействие на сон? Быть может, есть какие-то обязанности или сложные задачи, которыми приходится заниматься в вечерние часы, в результате чего нерешенные проблемы всю ночь крутятся и крутятся в голове? Быть может, нарушение сна связано с чрезмерным курением по вечерам?

Иногда удается значительно улучшить сон, всего лишь следуя правилам гигиены сна.

Придерживайтесь режима. Сон является частью суточного биологического ритма и поэтому должен занимать одну и ту же фазу в каждом цикле. Нерегулярные часы сна могут оказать отрицательное воздействие на сон.

Вечерние часы — время для отдыха и расслабления. Значительные физические и психические нагрузки в вечерние часы ухудшают последующий сон. В эти часы следует избегать также тяжелой и обильной пищи.

Не спите днем. Если вы плохо спите ночью, то ни в коем случае не отсыпайтесь днем, чтобы к вечеру потребность во сне не снижалась.

Долой кофеин, алкоголь и никотин! Напитки, содержащие кофеин (кофе, чай, кока-кола), и интенсивное курение оказывают стимулирующий эффект на нервную систему, и вечером их надо избегать.

Создайте себе хорошую обстановку для сна. Хорошо отдыхать в тихой, затемненной комнате, где воздух свежий и не слишком жарко. Кровать должна быть достаточно широкой, чтобы во сне можно было двигаться и переворачиваться. Многие предпочитают спать на плоском и не слишком мягком матрасе.



Оноре Домье. 9 часов вечера... (1839)

Уже выполнение этих простых правил *само по себе может улучшить качество сна*. Однако если сохраняются ночные пробуждения, то можно посоветовать встать и заняться чем-нибудь, например чтением или вязанием, вместо того чтобы валяться в постели. В случае серьезной и длительной бессонницы необходимо обратиться к врачу.

Для лучшего засыпания рекомендуются различные упражнения и способы расслабления. Их применение основано на предположении, что многие нарушения сна возникают из-за избыточной активации организма, которая выражается в виде чрезмерного мышечного напряжения, учащенного пульса, небольшого повышения температуры тела. *Такое предположение, однако, не имеет под собой достаточных доказательств, так как причинно-следственные взаимоотношения между активацией организма и бессонницей пока не установлены.*

Техника релаксации (расслабления) направлена на снижение избыточной активности функций организма. Одна из наиболее распространенных форм этого вида терапии — это аутогенная тренировка, методика обучения концентрировать внимание на вызываемом ощущении тяжести и тепла в руках, что приводит к спокойному расслаблению всей мускулатуры.

Имеются и другие сходные методы: *прогрессирующая релаксация и обучение с обратной связью через ЭМГ*. Последний метод заключается в регистрации электрической активности скелетных мышц (ЭМГ — это электромиограмма) и демонстрации ее интенсивности самому испытуемому с помощью динамика (отсюда и термин «обратная связь»). Испытуемый обучается держать в течение длительного времени динамик в молчащем состоянии и таким образом развивает способность к расслаблению. Хотя лечение этими методами некоторых больных и было успешным, они помогают не при всех видах бессонницы. *То же самое справедливо и для психотерапии, которая направлена на разрешение конфликтов, лежащих в основе расстройства сна.*

Определение эффективности таких видов терапии, которые исключают применение лекарств, при лечении расстройств сна — трудная задача, так как причины бессонницы разнообразны, а найти объективные критерии результатов лечения не так-то просто. *Сделать какое-то общее*

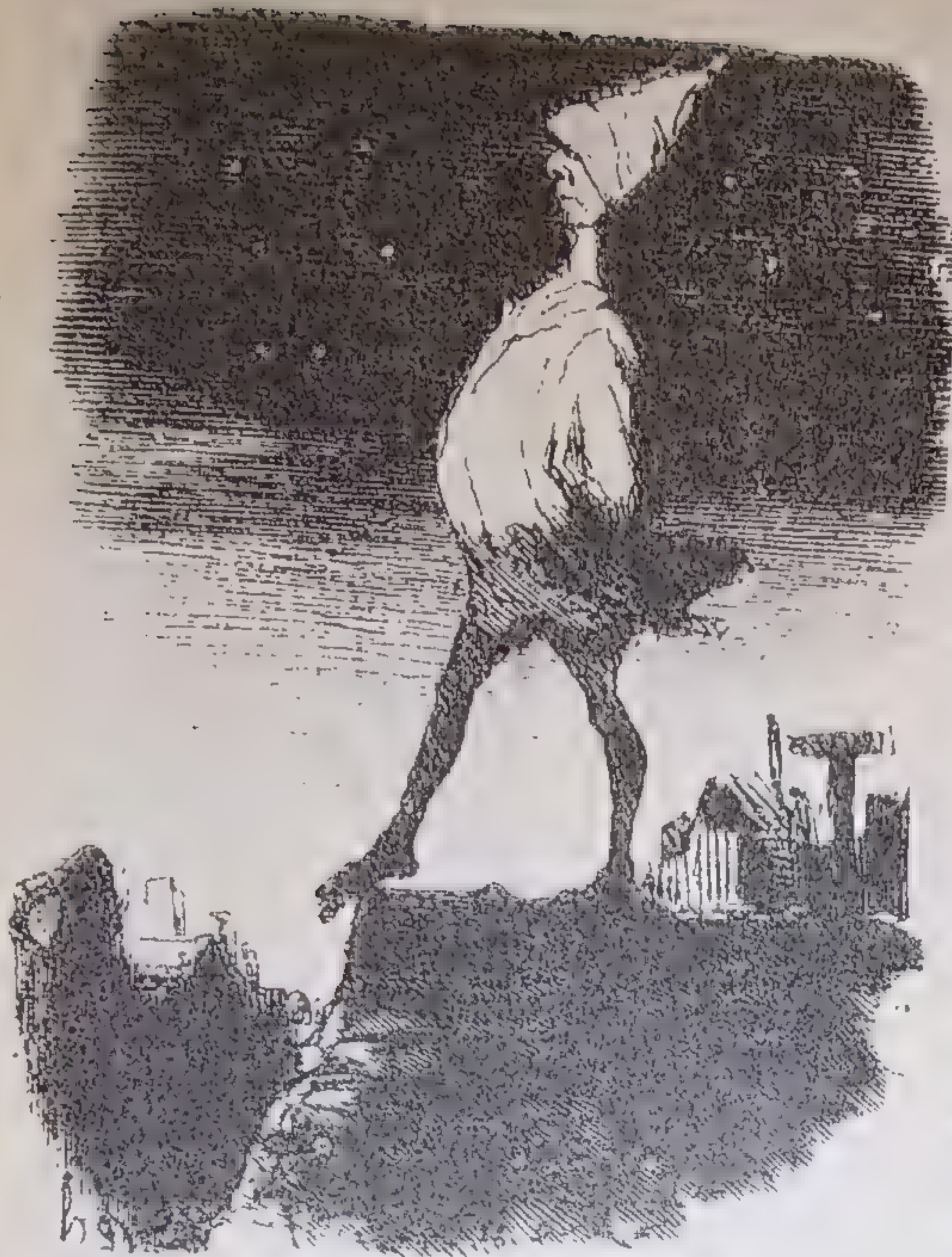
заключение относительно преимуществ этих методов пока невозможно. Хотя, конечно, все они обладают одним несомненным достоинством, а именно тем, что эти методы свободны от риска или побочных эффектов применения лекарственной терапии. Другой положительный фактор — это то обстоятельство, что эти методы психотерапии как бы подстегивают больного, стимулируют его активно относиться к собственным проблемам и самому их решать, а не ждать пассивно помощи откуда-то извне. Ведь лечение снотворными практически не требует проявления инициативы со стороны больного: глотай лекарство и жди, пока оно подействует.

Больной принимает лекарства каждый вечер и постепенно приходит к убеждению, что без снотворного ему не уснуть. Такой удобный «фармакологический костыль» приводит к лекарственной зависимости, так как больной и не пытается сам разобраться в причинах своей бессонницы. Необходимо вновь подчеркнуть, что снотворное — не средство лечения, а лишь средство для временного облегчения страданий. Как и в случае болей, медикаментозная помощь рассматривается лишь в качестве первого шага, за которым должно следовать комплексное лечение истинного заболевания пациента.

СНОХОЖДЕНИЕ (СОМНАМБУЛИЗМ)

Лунатик, балансирующий на крыше или карнизе с закрытыми глазами и растопыренными руками, — излюбленный объект карикатуристов. Множество мифов создано вокруг этого состояния, которое, казалось бы, парадоксальным образом сочетает признаки бодрствования и сна. Долгое время считалось, что сомнамбула (лунатик) видит сон и выполняет то, что ему снится; однако недавно проведенные исследования этого не подтвердили. Лабораторные записи показали, что снохождение возникает на фоне глубокого медленного сна (стадии 3 и 4), когда сновидения редки. Если эпизод снохождения короткий, то глубокий медленный сон сохраняется; если же длинный, то появляются ЭЭГ-признаки бодрствования или дремоты. Выраженность и длительность таких эпизодов значительно варьируют.

В самом легком случае человек только садится на кровати, бормочет несколько слов, обычно нечленораздель-



Опоре Домье. Сомнамбула (Лунатик)

ных, и немедленно засыпает снова. В других случаях сомнамбула встает, ходит по комнате и может даже одеться, все проделывается с каменным лицом, глаза обычно открыты. Сомнамбула все видит, так как он обходит мебель и другие препятствия. Он может давать односложные ответы на простые вопросы. Зачастую он снова укладывается спать уже совсем в другом месте, например в ванной, и утром очень удивляется, не в силах понять, как он туда попал.

Существует распространенное заблуждение, что у лунатика повышенное ощущение опасности. Наоборот, несчастные случаи очень часты, и риск получить травму в этом состоянии весьма велик. Бывает, что сомнамбулы вываливаются из окон, ошибочно принимая их за двери. Зная об этом, люди, за которыми такое водится, сами принимают меры предосторожности перед сном: ставят возле кровати таз с холодной водой или привязываются веревкой к кровати — один конец вокруг талии, другой к спинке.

К сожалению, даже и такие жесткие меры не всегда срабатывают, так как сомнамбула обходит таз с водой и даже может развязать веревку, не просыпаясь. Снохождение чаще встречается среди детей; можно даже вызвать такой приступ, если во время глубокого медленного сна осторожно поднять ребенка и поставить его на ноги. Причина снохождения неизвестна, но так как эта форма нарушения сна встречается в определенных семьях, то наследственная предрасположенность весьма вероятна. Обычно приступы снохождения проходят сами по себе, когда ребенок вырастает.

В определенном смысле можно сказать, что снохождение противоположно сновидениям. Когда мы видим сны, то погружаемся в яркий и насыщенный красками мир, в котором происходят всякие фантастические события, однако в это время, за исключением коротких мышечных подергиваний и быстрых движений глаз, никаких движений быть не может, так как тонус мышц полностью исчезает.

Сомнамбула же, наоборот, передвигается, как в бодрствовании, но при этом находится в сумеречном состоянии без сновидений, которое вообще не фиксируется в его памяти. Существование двух крайних явлений — снохождения и сновидений — показывает, что сон — это не одно состояние, а скорее целый набор различных состояний, среди которых есть и глубокое погружение во внутренний мир, и демонстрация, как бы в бодрствовании, внешней активности.

НАРКОЛЕПСИЯ И ГИПЕРСОМНИЯ

Нарколепсия — это нарушение бодрствования, характеризующееся дневными приступами непреодолимого сна. Это редкое заболевание встречается у одного человека из одной-двух тысяч, тем не менее общее число нарколептиков в мире довольно значительно. (В США, например, их предположительно около ста тысяч). Нарколепсия также встречается в определенных семьях, так что и для этого заболевания весьма вероятна наследственная предрасположенность.

Давайте рассмотрим случай, описанный американским исследователем сна Питером Хаури.

36-летний фермер Р. начиная с 17-летнего возраста ежедневно имеет по три приступа сна продолжительностью 10—15 минут каждый. Его друзья воспринимают эти странные периоды дневной сонливости как проявление лени, но у Р. есть еще одна особенность: каждый раз, когда он сердится на своих детей, собираясь их отругать или наказать, он внезапно ощущает слабость в коленях и резко садится или даже валится на пол. Сам Р. решил, что у него какие-то психические нарушения, и обратился за помощью к психотерапевту. Его исследовали в клинической лаборатории сна и записали дневной сон. Оказалось, что Р. впадает в стадию парадоксального сна непосредственно из бодрствования, что у здоровых людей случается чрезвычайно редко. Это наблюдение в сопоставлении с историей болезни Р. подтвердило диагноз нарколепсии, и больной получил успешное медикаментозное лечение.

Самый удивительный симптом нарколепсии — это неудержимое засыпание, возникающее несколько раз в день. После короткого сна больной просыпается, чувствуя себя свежим и бодрым. У таких больных не только бодрствование, но и ночной сон серьезно нарушены. Четкие границы между фазами покоя и

активности явны у здорового испытуемого, но не у нарколептика.

Нарколептические приступы сна могут возникать в самые неподходящие моменты, например во время еды или во время езды на велосипеде и даже во время полового сношения. Это может привести к определенным трудностям во взаимоотношениях больного с другими людьми, особенно когда, как в случае с Р., нарушение поведения воспринимается не как болезнь, а как порок. Приступы сна могут сопровождать, хотя и не обязательно, и другие симптомы.

Как показывает история с Р., может возникать внезапная мышечная слабость (катаплексия — так ее называют в медицине). В типичном случае такая слабость возникает при сильных эмоциональных переживаниях, таких, как гнев, плач, хохот. Стоит рассказать анекдот при нарколепсии, как колени у него подгибаются и он валится на землю. Он остается в сознании и через несколько секунд может сам подняться. У здоровых людей тоже иногда возникает ощущение слабости в коленях от испуга или от дурных новостей. Похоже, что это нормальная реакция патологически усилена у нарколептиков.

Другое явление, которое проявляется в слабой форме у здоровых людей, но чрезвычайно выражено у нарколептиков, это «сонный паралич». Больные не могут двигаться, независимо от того, находятся они в начале приступа или на выходе из него; они чувствуют себя парализованными в течение некоторого периода, длящегося от нескольких секунд до нескольких минут и сопровождающегося сильным чувством тревоги. От внешнего прикосновения этот симптом может исчезнуть. Часто нарколептики сообщают о необычайно ярких сновидениях, возникающих в начале приступа или при пробуждении из него, которые также иногда сочетаются с тревожными ощущениями.

Причина нарколепсии неизвестна. Характерные черты этих приступов засыпания и сопутствующие симптомы свидетельствуют о нарушении баланса между парадоксальным сном и бодрствованием. Тот факт, что дневные приступы начинаются с парадоксального

Когда мы засыпаем, то многие процессы в организме как бы приостанавливаются. Температура тела снижается на несколько десятых долей градуса. Частота дыхания и пульс замедляются, кровяное давление падает. Измерения гормона стресса — кортизола, который выделяется корковым слоем надпочечниковых желез, показывают его более низкий уровень во сне по сравнению с предшествующим периодом бодрствования. Что касается гормона роста, то он, наоборот, достигает исключительно высокого уровня в первой стадии глубокого медленного сна. Вероятно, эти гормональные сдвиги в начале сна активируют анаболические процессы обмена веществ. Незадолго до пробуждения возникают предвестники окончания сна: температура тела и уровень кортизола начинают расти, спящий чаще меняет позу. Возникает впечатление, что уже во время финальной части сна начинается подготовка к последующему периоду бодрствования.

сна, внезапная потеря мышечного тонуса (катаплексия), явление сонного паралича и яркие сновидения — все это указывает на то, что у нарколептиков бодрствование недостаточно отдифференцировано от парадоксального сна. Это нарушение сна встречается не только у людей, поскольку недавно нарколепсия была обнаружена у одной породы собак.

Давайте теперь также на примере рассмотрим другую форму нарушений сна.

С. страдает от избыточной сонливости в дневное время. Когда он был ребенком, то самое трудное для него было встать утром, так что его приходилось тормошить по нескольку минут, пока он наконец просыпался. Мальчиком он сам соорудил необычайно громкий будильник, так как обычный будильник не мог его разбудить. Грохот этого самодельного будильника заставлял подсакивать всю его семью, и даже соседи просыпались, но С. продолжал спать. Когда, наконец, его подымали, он пошатывался со сна, как пьяный, и с трудом удерживался, чтобы снова не заснуть. Весь день он находился в полусонном состоянии. Он подолгу спал днем и тем не менее к вечеру не чувствовал себя отдохнувшим.

История болезни этого человека подтверждает, что он страдает избыточной потребностью во сне (гиперсомния). Причина этого расстройства сна также неизвестна, но вновь очевиден разбаланс систем регуляции сна — бодрствования в организме.

ХРАП И НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

Больной: Доктор, что мне делать? Я так громко храплю, что сам себя бужу!

Врач: Принимайте это лекарство перед сном, а если не поможет, то попробуйте спать в другой комнате...

Храп — излюбленная тема для шуток и анекдотов, однако необходимость спать в одной постели с громко храпящим часто является поводом для семейных скандалов и даже разводов. Рассказывают, что один человек даже возбудил судебное дело против своей жены, обвиняя ее в нанесении телесных повреждений. В свое оправдание она сказала, что терпела невыносимо громкий храп своего мужа сколько могла. Затем она трижды просила его повернуться на живот. Когда он не послушался, она

лишь легонько стукнула его по голове полицейской дубинкой.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в Италии 10% взрослых так храпят, что их слышно в соседней комнате. Это так называемый «богатырский храп». Измерения показали, что уровень шума достигает при этом 80 децибел, что соответствует грохоту парового молота или отбойного молотка. Опросы показали, что примерно 31% мужчин и 19% женщин храпят во сне каждую ночь. Интенсивный храп возникает в стадии глубокого медленного сна и ослабляется или исчезает в парадоксальной стадии. Храп усиливается с возрастом.

Как же возникает этот столь раздражающий звук? Как уже говорилось, после засыпания мышечное напряжение падает. Если человек лежит на спине, то его язык и нижняя челюсть слегка провисают, и этим создается препятствие для тока воздуха из носовой полости. В результате человек начинает дышать ртом. Быстрое вдыхание воздуха заставляет вибрировать ткани верхних дыхательных путей (мягкое небо), и эти-то колебания и воспринимаются ухом как храп.

Особенно склонны храпеть люди с избыточным весом. Тучное телосложение заставляет спать на спине, а избыток жировой ткани в гортани усиливает вибрацию. Эффективный способ лечения храпа — это похудение. Иногда рекомендуется применение «мячика» от храпа: берется небольшой твердый шарообразный предмет, например мячик для гольфа, и подшивается к спинке пижамы, чтобы предотвратить сон на спине. В качестве средства от храпа применяются также подбородные ремешки. Недавно создан прибор «обратная связь храпящего»: он реагирует на звук храпа и подбуживает спящего слабым электрическим раздражением.

Некоторые заболевания верхних дыхательных путей также могут быть причиной храпа: насморк, аллергия, синусит — все они нарушают дыхание. У детей тот же эффект может вызвать обширный тонзиллит. Лишь недавно было обнаружено еще одно весьма серьезное обстоятельство: иногда храп бывает симптомом заболевания, извест-

ЭЭГ — наилучший показатель изменений, происходящий в мозгу во время сна. Остается тем не менее не вполне ясным, какие именно явления, происходящие в мозгу, лежат в основе наблюдаемых записей ЭЭГ. В настоящее время предполагается, что ЭЭГ непосредственно отражает колебания электрических потенциалов в коре мозга, которые возникают в местах, где нервные клетки контактируют между собой (синапсах). Так как многие нервные клетки и нервные волокна (аксоны) располагаются параллельно, то тысячи отдельных электрических потенциалов суммируются и регистрируются со скальпа в виде «мозговых волн».

ного под названием апноэ во сне, задержка дыхания во сне (апноэ — по-древнегречески без дыхания).

Апноэ во сне — это нарушение дыхания, принимающее форму периодических задержек дыхания во время сна. Может наблюдаться до нескольких сот таких задержек за ночь; каждая продолжается лишь несколько секунд, но в исключительных случаях длится до двух минут. Когда происходит задержка дыхания, больной начинает беспокоиться и биться как в конвульсиях, но не просыпается. Когда дыхание возобновляется, оно сопровождается громким, взрывным храпом.

Обычно больные с апноэ — это очень полные мужчины в возрасте свыше сорока; у женщин такие расстройства встречаются реже. Во время этих эпизодов задержки дыхания верхние дыхательные пути захлопываются, и больной не может сделать вдоха. Происходит кратковременное спадение (окклюзия) стенок верхних дыхательных путей, чаще всего на уровне гортани (фарингеальной полости) из-за патологически ослабленного тонуса их мышц. Причина этого явления неизвестна, однако имеются основания полагать, что и здесь наследственные факторы играют свою роль.

Апноэ во сне имеют два основных последствия. Большинство таких больных в течение дня ощущает очень сильную сонливость, до такой степени, что обычно обращаются к врачу. Эта дневная сонливость, видимо, является следствием частых нарушений дыхания, приводящих к дефициту сна. Но кроме того, апноэ имеет и более серьезное

последствие: в периоды дыхательных пауз падает уровень кислорода в крови, что может вызвать длительную кислородную недостаточность организма. Это, в свою очередь, приводит к повышению давления в малом (легочном) круге кровообращения и нарушению сердечного ритма. Как снотворные, так и алкоголь усугубляют апноэ во сне, так как еще больше подавляют дыхание во сне.

Апноэ во сне может быть причиной внезапной смерти у пожилых тучных людей. К сожалению, лечить такие нарушения не просто. Положительный эффект дает снижение веса. В наиболее серьезных случаях производится операция трахеотомии (рассечение трахеи), чтобы обеспечить больному дыхание во сне.

Дыхательные паузы во сне могут возникать и у детей и, возможно, являются причиной внезапной «смерти в кровати» маленьких детей (синдром внезапной смерти младенцев). И здесь мы вновь видим присутствие наследственных факторов, так как по статистике наибольшему риску подвержены первые братья и сестры. Ряд исследований показал, что такие дети с большим трудом пробуждаются из медленного сна и поэтому с большей вероятностью могут стать жертвами остановки дыхания во сне.

Различные группы исследователей интенсивно разрабатывают эту проблему, и можно надеяться, что причины этих трагических случаев будут вскоре вскрыты и разработаны эффективные пути их предотвращения.

СОН КАК БИОРИТМ

В нашей части света большинство людей ложится спать и встает в одно и то же время, год за годом. Возможны небольшие колебания, связанные с выходными днями, праздниками или отпуском, но в целом регулярность нашего ритма покоя — активность четко прослеживается при длительной регистрации.

Мы редко оказываемся в состоянии свободно выбирать время для сна и пробуждения; обычно приходится подчи-

нить свой режим требованиям семьи, школы, работы и другим социальным и культурным факторам. **Есть много причин тому, что обычно мы спим ночью.** С незапамятных времен человеческие существа с наступлением темноты укрывались в жилищах, так как в темноте мало что можно делать, а риск и опасность возрастают. После захода солнца люди занимались домом, семьей и подготовкой ко сну.

Появление искусственного электрического освещения, залившего светом не только отдельные дома, но и целые города, полностью изменило нашу жизнь, сделав возможным продолжение дневной активности и в ночное время. Этот пример прогресса, который Уэбб назвал эффектом Эдисона, предоставил людям соблазнительную возможность удлинить вечерние часы отдыха за счет сна. Телевидение приносит развлечения в каждый дом, которые продолжаются далеко за полночь, так что у людей возникает ощущение, что если они вовремя лягут спать, то обязательно пропустят самое интересное.

Решение рано лечь спать превращается прямо в какой-то акт самоотречения. Трудно удержаться от искушения и не дать внешней обстановке возможности диктовать время отхода ко сну. Но можно ли на самом деле произвольно отсрочить или изменить время отхода ко сну, руководствуясь только лишь своим самочувствием? Что случится, если человек сможет ложиться и вставать, когда ему заблагорассудится безо всякого давления извне и при этом не будет знать, который теперь час? Во что выльется такая «райская жизнь» с неограниченными возможностями для сна? И если создать такие исключительные условия, то как будут чередоваться периоды сна и бодрствования — в случайном порядке или все же подчиняясь определенному ритму?

«Безвременная» среда

Даже если человек живет один, без часов и в полной изоляции, он все же не может полностью избежать влияния смены дня и ночи. Свет, звук и шум, проникающие извне, дают приблизи-

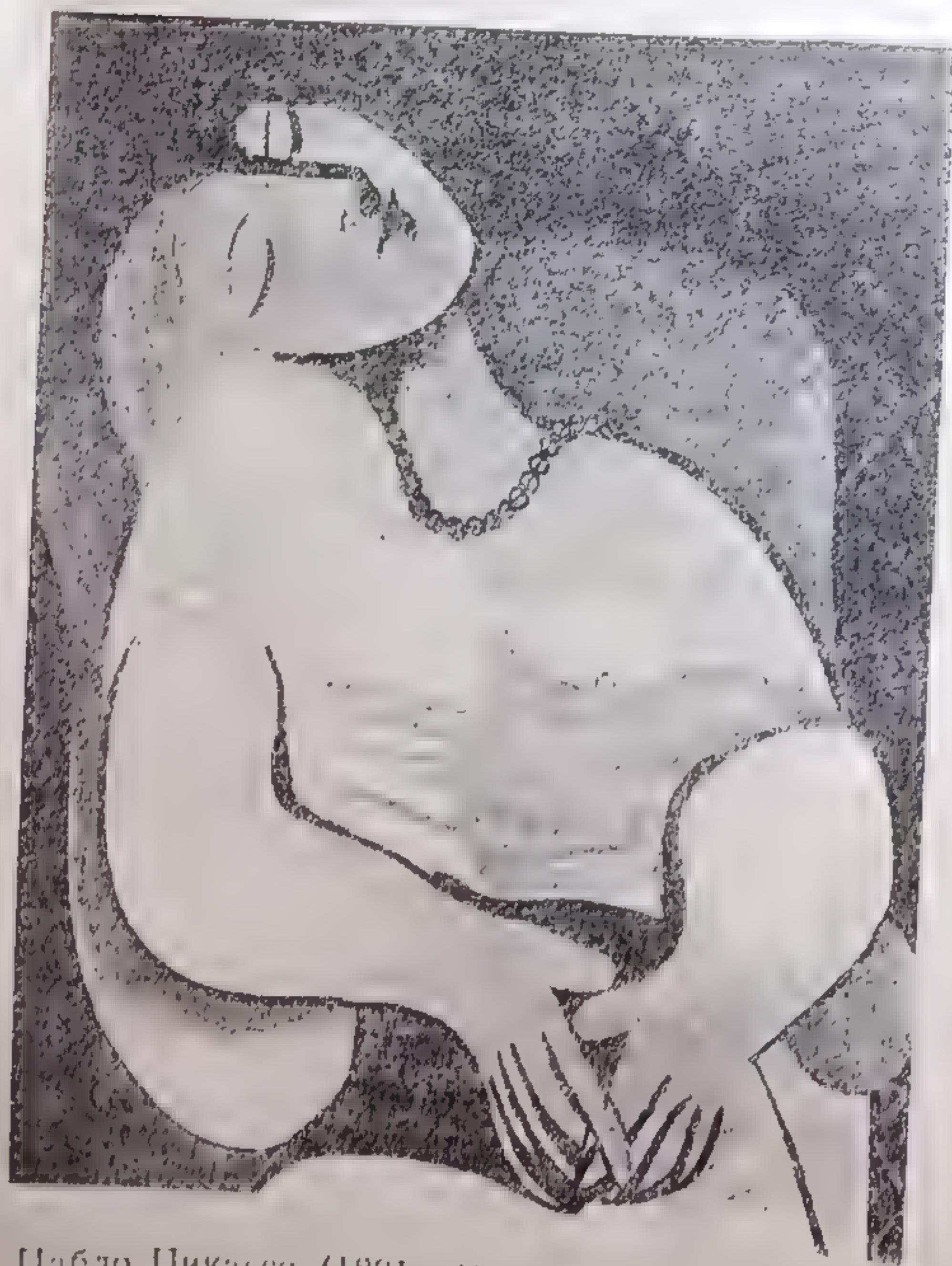
тельную информацию о времени суток. Если необходимо устранить все внешние «индикаторы времени», то надо либо уехать на далекий Север, где солнце летом светит круглые сутки, либо проникнуть в глубокую пещеру, которой не достигают ни свет, ни звук.

В начале 60-х годов ученые начали изучать вопрос, как ведут себя люди, если они не имеют представления относительно солнечного времени в течение нескольких суток или даже недель. Это были годы, когда человечество готовилось исследовать Луну и ближайшие области Вселенной. Перспектива космических путешествий равно вдохновляла как ученых, так и политиков, так что громадные правительственные ассигнования стали отпускаться на биомедицинские исследования. Один из важнейших вопросов, возникших в этой связи, это смогут ли астронавты приспособиться к внеземным условиям. Интерес аэрокосмической администрации к этим проблемам породил фундаментальные исследования биологических ритмов человека, области, которая до тех пор находилась, в общем, в довольно-таки запущенном состоянии. Мишель Сифр, отважный молодой французский исследователь пещер, как раз в это время перешел от геологических к биологическим работам. Вместе со своими коллегами он проводил недели и месяцы в полной изоляции глубоко под поверхностью земли и изучал эффекты такого пребывания на человеческий организм. В этих опытах в холодных, сырых пещерах, да к тому же не всегда полностью безопасных, научный поиск и поиск приключений сочетались необычным образом.

Юрген Ашофф, директор Института поведенческой физиологии имени Макса Планка в Баварском городе Эрлинг-Андехс, и один из его сотрудников, физик Рютгер Вивер, подошли к решению той же самой проблемы с другой, более здоровой и осмысленной, позиции. Они реконструировали пустой бункер под Мюнхеном, превратив его в экспериментальную исследовательскую лабораторию, где два испытуемых могли проводить в полной изоляции по нескольку недель. При этом каждый участник жил в своем собственном помещении, со-

стоящем из жилой комнаты, кухни, туалета и душевой. Комнаты в бункере были построены так, что скрадывали все внешние шумы и свет, но имелся грузовой лифт, с помощью которого испытуемый мог осуществлять контакт с внешним миром. Естественно, в бункере нет никаких часов, радио и других приборов, которые могут дать информацию о времени суток. В ходе опыта регистрируется целый ряд параметров. Двигательная активность замеряется с помощью датчиков, установленных под полом, а температура — ректальным термометром. В некоторых опытах испытуемым время от времени предъявляются различные психологические тесты, производится сбор и химический анализ мочи. Вивер обобщил результаты наблюдений более двухсот участников этих опытов в монографии «Циркадная система человека».

Перед тем как вернуться к результатам этих опытов, давайте рассмотрим следующий вопрос: как себя чувствуют участники эксперимента в долгие недели одиночества и как они проводят время? По сообщениям Вивера и его кол-



Пабло Пикассо (1881—1973). Греза (1932)

лег, огромное большинство испытуемых сообщает об очень хорошем самочувствии и многие из них буквально рвутся участвовать в следующих опытах. Что же делает таким приятным период изоляции? Быть может, свобода от всякой ответственности и всех обязанностей, возможность делать именно то, что хочется, в течение нескольких недель? Или же причина лежит глубже, в том, что человек впервые воспринимает естественный ход собственных биологических ритмов? Вопрос пока что остается открытым.

Большинство испытуемых проводили время за чтением, письмом и слушанием музыки; студенты иногда пользовались возможностью готовиться к экзаменам в мирной и спокойной обстановке. Каждый раз случалось так, что участники удивлялись, когда им сообщали, что обусловленное время истекло. Эксперимент в пещере, проводимый Сифром и его коллегами, также продемонстрировал типичную недооценку прошедшего времени: когда завершился пятимесячный экспериментальный период, испытуемый был убежден, что он пробыл в изоляции лишь три месяца. Измерения *награмм сна* — бодрствования, происходящие в изоляции, показывают, откуда возникает такая недооценка.

Испытуемый, который в течение первых трех дней эксперимента имел информацию о реальном времени, спал с 11 часов вечера до 7 утра, как обычно. Начиная с четвертого дня вся эта информация устранялась. В первый же вечер после этого испытуемый лег спать на сорок минут позже и проснулся на следующее утро уже в 8 часов. Однако он не заметил сдвига в режиме дня. Каждые последующие сутки он ложился и вставал на час позже, чем накануне.

Таким образом, субъективные сутки участника исследования состояли не из 24, а из 25 часов. На 13-е сутки существования «вне времени» (или на 16-е сутки опыта) он лег спать в 10 ч. 40 мин. утра вместо 11 часов вечера, а проснулся в 8 вечера. Теперь фаза его цикла сон — бодрствование была сдвинута ровно на 12 часов. Если продолжить эксперимент, то можно обнаружить, что через 25 суток испытуемый заявит, что прош-

до то
Живя
зател
мый,
ствен
стар
мом д
Ес
недел
риод
от 17
до 18
перейд
суток
ощути
нения
провел
субъек
ниже
Не
субъек
50 час
вания
испыт
ти все
менно
стольк
ротко
ко вре
небол
време
возра
стадий
типич
услови
сна уд
кере э
эпизод
вскоре
т. е. л
невели
такая
Проце
неизме
ного с
ленног
мени м
25-ч
ния со
ритма
показа
может
умами:
часа, у
у кажд

ло только 24 субъективных дня и ночи. Живя в обстановке, не содержащей указателей реального времени, испытуемый, руководствуясь только своим собственным отсчетом, обнаружит, что постарел лишь на 24 дня, тогда как на самом деле прошло уже 25 суток.

Если продлить опыт на несколько недель, то внезапно субъективный период бодрствования может подскочить от 17 часов до 34, а время сна от 8 часов до 18! Другими словами: испытуемый перейдет от 25-часовых субъективных суток на 50-часовые, но он вновь не ощутит даже этого столь резкого изменения. В конце опыта количество суток, проведенных им в одиночестве, по его субъективным подсчетам, будет много ниже реального значения.

Независимо от того, содержат ли субъективные сутки испытуемого 25 или 50 часов, соотношение сна и бодрствования мало меняется. В нашем случае испытуемый проводил около одной трети всего времени во сне в условиях временной изоляции, т. е. столько же, сколько и в нормальных условиях. У короткоспящего отношение времени сна ко времени бодрствования оставалось небольшим и в условиях изоляции от времени, хотя абсолютное время сна возрастало.

В этих условиях распределение стадий сна претерпевает некоторые типичные изменения: хотя в обычных условиях эпизоды парадоксального сна удлиняются от цикла к циклу, в бункере этого не происходит. Здесь первый эпизод парадоксального сна возникает вскоре после засыпания испытуемого, т. е. латентность парадоксального сна невелика, и длительность этого эпизода такая же, как и у всех последующих. Процент парадоксального сна остается неизменным. В отличие от парадоксального сна распределение глубокого медленного сна в условиях изоляции от времени мало изменяется.

25-часовой ритм сна — бодрствования соответствует среднему периоду ритма температуры тела, который, как показал Вивер, близок к 25 часам. Он может варьировать между индивидуумами: у одного ритм может быть 24,7 часа, у другого — 25,2, но важно то, что у каждого человека точная длитель-

Регистрируемая на ЭЭГ стадия парадоксального сна в отличие от периода медленного сна сопровождается повышением активности различных систем организма. Как только возникает парадоксальный сон, дыхание сразу становится нерегулярным, колеблется также пульс и кровяное давление. Другой характерный признак этой стадии сна у мужчин — эрекция пениса. Хотя это явление было описано еще в 1940 г., оно не изучалось систематически до тех пор, пока не был открыт парадоксальный сон.

Прибор для измерения объема пениса (фаллоса) позволяет регистрировать фаллограмму одновременно с ЭЭГ. Эрекции во сне возникают не только у взрослых, но также и у детей и даже младенцев. В настоящее время фаллография применяется в клинической медицине для диагностических целей: она позволяет определить, имеет ли импотенция органическую причину (например, повреждение нервов) или же психологическую. Последний тип импотенции не предотвращает появления эрекции во сне.

ность его собственного индивидуально-го ритма поддерживается с поразительной точностью на протяжении длительного времени. Биологические ритмы, которые наблюдаются в этой ситуации, столь явно отличаются от 24-часовой периодичности вращения Земли, что представляется маловероятным, что они вызваны некими скрытыми влияниями окружающей среды. Должно быть, они запускаются какими-то, некими «внутренними часами» в организме.

Где расположены биологические часы?

«Мимоза реагирует на солнечный свет и наступление дня: ее листья и стебли сокращаются и поворачиваются к солнцу. Ту же реакцию можно увидеть, если поворачивать растение руками или гнуть его. Господин де Майран обнаружил, что солнце и воздух не являются необходимыми элементами для этого феномена. И что эта реакция лишь слегка ослабляется, если выдерживать растение в полной темноте. Оно продолжает четко раскрываться при восходе, закрываться на закате и оставаться закрытым всю ночь. Таким образом, растение мимоза реагирует на солнце, даже будучи полностью от него изолировано...»

Эта выдержка из наблюдений за мимозой была опубликована Жан-Жаком

Дорту де Майраном в материалах Королевской Академии наук в Париже в 1729 г. Он обнаружил, что 24-часовой ритм движений листьев растения сохраняется и в темноте, и следовательно, это было первым указанием на то, что биологические ритмы могут сохраняться и в отсутствие внешних влияний. Это сообщение, опубликованное более 250 лет назад, было совершенно правильным не только в отношении наблюдений за мимозой, но также и насчет предсказания медленного прогресса науки в этом направлении: открытие де Майрана не изучалось как следует другими учеными вплоть до наших дней.

Одним из первых современных ученых, который занялся ритмами у растений, был Эрвин Бюппинг, профессор ботаники в университете в Тюбингене, Германия. Впоследствии интерес ученых постепенно перемещался от растений к животным. Пионерские опыты по биоритмам были проведены двумя «отцами» хронобиологии (науки о биологических ритмах) — английским биологом Колином Питтендрай, который ныне работает в США, и немецким специалистом в области поведенческой физиологии Юргеном Ашоффом. На первой большой конференции по хронобиологии в местечке Келд Спринг Харбор, штат Нью-Йорк, в 1960 г. стало ясно, что 24-часовые ритмы пронизывают все природные явления. Как мы уже видели при рассмотрении исследований, выполненных на людях, ритмы животных также обычно соответствуют световому циклу окружающей среды, но сохраняются даже после устранения внешних воздействий. Здесь также «внутренние часы», должно быть, несут ответственность за поддержание биоритмических процессов.

Когда организм существует в изоляции от реального времени, то нормальная периодичность суточных ритмов отклоняется от 24 часов. Франц Хальберг, хронобиолог, работающий в США, ввел термин «циркадианные» (или «циркад-

Тот факт, что многие старики, не в пример многим молодым, рано встают и не испытывают при этом никаких трудностей, вовсе не означает, что все они довольны своим сном. Наоборот, жалобы на плохой сон резко возрастают в пожилом возрасте, что находит свое отражение в высоком уровне потребления снотворных среди людей этой возрастной группы. Но можно ли такой сон с частыми перерывами, который часто субъективно воспринимается как неудовлетворительный, рассматривать как нормальный элемент процесса старения или скорее как результат заболевания и патологических изменений в организме — на этот вопрос в настоящее время ответить трудно.

ные») ритмы, ставший сейчас общепринятым (от лат. «цирка» — около, «диес» — день). В отсутствие информации о времени проявляется «свободнобегущий» (или просто «свободный») циркадный ритм. Последние четверть века изучению циркадных ритмов была посвящена большая и интересная работа: зоологи изучали их развитие у насекомых, моллюсков и других беспозвоночных, тогда как биологи, изучающие клетки, занялись природой биоритмов у одноклеточных организмов. Центральным вопросом остаются физиологические структуры и биологические процессы, ответственные за циркадные ритмы.

Световой цикл окружающей среды — важнейший источник информации о времени для циркадной ритмики крыс; это справедливо также и для большинства других животных. На языке хронобиологии свет является «цайтгебером», т. е. внешним сигналом, синхронизирующим циркадные ритмы организма. Такая синхронизация вовсе не требует, чтобы светлый период длился 12 часов. Многочисленные опыты показали, что даже очень короткие световые экспозиции (обычно 15—60 минут, а в исключительных случаях даже одинокие вспышки) достаточны для того, чтобы синхронизировать по фазе циркадные ритмы.

Свободные ритмы

В конце 50-х годов английская ученая по имени Мери Лоббан и ее коллеги провели необычный эксперимент. Они вместе с несколькими испытуемыми провели лето на далеком Севере, на Шпицбергене, являющемся территорией Норвегии, где полярный день не дает указаний для отсчета реального времени суток. 12 участников были разделены на две группы и им раздали ручные часы, с которыми были проделаны определенные манипуляции втайне от испытуемых. У одной группы часы «убегали», так что часовая стрелка совершала полный оборот не за 12 часов, как обычно, а лишь за 10 с половиной. У другой группы часы, наоборот, отставали, так что часовая стрелка обегала циферблат за 13 с половиной часов.



Ф. Ходлер. Ночь (фрагмент). 1890

Ритм сон — бодрствование у участников немедленно адаптировался к этим условиям: они переходили на 21-часовые или на 27-часовые «сутки», не замечая этого. Однако отнюдь не все биологические ритмы организма можно было обмануть такой манипуляцией с часами. Например, концентрация калия в моче продолжала колебаться в ритме, соответствовавшем почти в точности 24 часам. С испытуемыми произошло то, что называется *внутренней десинхронизацией (десинхронозом)*, явлением, которое возникает, когда некоторые из биологических ритмов организма становятся не в фазе с другими, так что вся тщательно настроенная ритмическая система дезорганизуется.

Десинхронизация ритма сон — бодрствование по отношению к другим циркадным ритмам часто наблюдалась в опытах с изоляцией. Температура тела обычно демонстрирует стабильный ритм с периодом 25 часов, даже если периодичность ритма сон — бодрствование значительно варьирует. Различная длина этих периодов при-

водит к постоянному изменению фазовых соотношений между различными ритмами. Когда опыты проводятся в условиях «изоляции от времени», то вначале все ритмы у испытуемого находятся в состоянии синхронизации, когда начало сна, как и положено, совпадает с нижней точкой температурного цикла. По мере развития внутренней десинхронизации испытуемый день ото дня ложится спать в различные фазы температурного цикла.

Тем не менее, несмотря на сдвиг фазовых взаимосвязей, температурный ритм явно оказывает некоторое воздействие на сон. Юрген Цулли, хронобиолог из Эрлинг-Андехса, обнаружил, что период сна, который начинается на нижней точке температурного цикла, обычно короче, чем сон на вершине температурной кривой. Соответственно моменты засыпания испытуемых группируются на нисходящей ветви этой кривой, а моменты пробуждения — на восходящей ветви.

Сколько же в мозге «внутренних биологических часов», которые поддер-

живают ритмику различных процессов организма человека — одни, двое или даже больше? (В терминах хронобиологии они называются *циркадными осцилляторами*.) Американская исследовательская группа в составе ныне покойного Эллиота Вейцмана (больница Монтефьоре, Нью-Йорк) и Ричарда Кронауэра (Гарвардский университет) предположила существование двух осцилляторов: одного — стабильного с периодичностью почти 25 часов, который обеспечивает ритм температуры тела, выброса гормона надпочечников кортизола и парадоксального сна и второго — лабильного осциллятора, регулирующего ритм сон — бодрствование.

Серж Даан и Домьен Беерсма из Университета Гронингена (Голландия) вместе со мной пришли к другому выводу, а именно, что и одного осциллятора достаточно для объяснения имеющихся экспериментальных данных. В соответствии с нашей гипотезой *внутренняя десинхронизация ритма сон — бодрствование по отношению к другим ритмам может быть объяснена допущением, что регуляция сна осуществляется двумя процессами: процессом расслабления, который нарастает во время бодрствования и снижается во сне, и циркадным процессом.*

НАРУШЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Мореплаватели, совершавшие кругосветные плавания в давние времена, сталкивались с многочисленными трудностями, но у них было одно преимущество по сравнению с современными туристами: они не страдали от резкой смены часовых поясов, неприятного последствия воздушных полетов на реактивных лайнерах, которое люди все чаще ощущают на себе. После длинного перелета с востока на запад человек в течение нескольких дней не может приспособиться к новой обстановке: он просыпается необычно рано, а к середине дня чувствует себя смертельно усталым. Путешествующие же в восточном направлении не могут заснуть вечером.

Причина этих трудностей кроется в том, что нашим циркадным ритмам требуется некоторое время, чтобы прийти в соответствие с новым суточным циклом. Если человек совершает перелет из Европы в Соединенные Штаты, то его метаболические и гормональные ритмы продолжают по европейскому времени. Тщательные исследования показали, что требуется до двух недель, чтобы ритмы полностью адаптировались к новым часовым поясам. Многие считают, что гораздо приятнее путешествовать с востока на запад, чем наоборот: это связано с тем, что свободные циркадные ритмы имеют периодичность в среднем 25 часов: временное удлинение нормального 24-часового ритма, происходящее при поездке в западном направлении, легче воспринимается организмом, чем укорочение ритмичности цикла до менее чем 24 часов.

Хотя путешественник и может ощущать такие нарушения ритмов как неприятные, это, к счастью, только временный источник дискомфорта. С гораздо более серьезными проблемами сталкиваются те, чья работа требует частой смены биоритмов. Одна из таких групп — это экипажи авиалайнеров, работающие на дальних линиях, но самая распространенная состоит из рабочих, трудящихся посменно. В большинстве промышленно развитых стран они составляют примерно 20% всей рабочей силы. Рабочие, которые вынуждены часто менять смены, и каждый раз заново приспосабливать свои циркадные ритмы к новым условиям, могут испытывать значительные трудности.

Вряд ли стоит удивляться, что многие из работающих в смену страдают от различных нарушений сна. Их главные жалобы это трудности при засыпании, частые ночные пробуждения и общая недостаточность сна. Внешние шумы, которые, естественно, днем выше, чем ночью, могут также усугублять их страдания. В результате после ночной смены рабочие спят днем на 2—3 часа меньше, чем ночью после дневной смены.

Кроме нарушений ритма, происходит еще и накопление «недосыпания» (дефицита сна), что также способствует ухудшению общего самочувствия и ра-

ботоспособности. Многие в такой ситуации начинают потреблять снотворные, поскольку не видят другого выхода, когда необходимо как следует поспать хотя бы несколько часов. Проведенный недавно опрос среди членов экипажей авиалайнеров показал, что потребление снотворных у них намного выше по рабочим дням, чем по выходным.

Многие проблемы, связанные с нашим здоровьем, возникают из-за ригидности (жесткости) циркадных процессов. Когда часы работы резко сдвигаются и новый режим долго сохраняется, то требуется некоторое время для восстановления обменных и гормональных ритмов организма, хотя цикл сон — бодрствование можно изменить немедленно. В этой ситуации человек вынужден спать тогда, когда его внутренние биологические часы запрограммированы на бодрствование: температура тела, уровень «гормона стресса» в крови и работа почек поддерживаются на высоком уровне, в то время как секреция мелатонина — гормона шишковидной железы (эпифиза) минимальна.

На первой фазе такого сдвига люди обычно спят плохо, они часто просыпаются и не чувствуют себя отдохнувшими после сна. Аналогичные проблемы возникают во время бодрствования, так как их циркадные ритмы запрограммированы на отдых. Следствием этого часто бывают усталость, рассеянность, падение работоспособности.

Некоторые люди чрезвычайно сильно реагируют на изменения суточных ритмов и практически не способны выполнять ответственные задачи в неподходящее время дня. Другие же легче адаптируются к таким новым ситуациям. Неясно, откуда возникают такие индивидуальные различия. В настоящее время ученым известно лишь то, что с возрастом адаптация к смене биоритмов становится все более трудной.

Было бы ошибочным, однако, считать, что многочисленные проблемы, вызванные сменной работой, возникают только лишь из-за десинхронизации циркадных ритмов. Изменение режима работы влияет также и на семейные взаимоотношения, человеку становится трудно вести нормальную общественную жизнь. Сменные рабочие незаметно

попадают в своего рода «временное гетто», особую форму изоляции от общества, вызванную необычным режимом сна и еды.

ФАЗОВЫЙ СДВИГ РИТМОВ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

Не так давно американский невролог и исследователь сна Эллиот Вейцман, его сотрудник Чарльз Цейслер и другие сообщили о необычном случае расстройства сна.

Молодой человек долгое время страдал от бессонницы — он не мог заснуть до двух часов ночи. По работе ему приходилось ежедневно вставать в 7 утра, так что всю неделю он сильно недосыпал. По выходным же он отсыпался до полудня. Все попытки решить эту проблему, от лекарств до психотерапии, были безуспешными. Вейцман и Цейслер догадались, что это оказался тот случай, когда нарушение ритма создало непреодолимое препятствие для сокращения цикла сон — бодрствование у больного до периода, меньшего 24 часов, так что он просто не мог заснуть раньше.

Как мы уже видели, смена часовых поясов с востока на запад (что приводит к удлинению циркадных ритмов) проходит обычно легче, чем смена их в обратном направлении. Помня об этом, Вейцман и Цейслер посоветовали больному *ложиться спать не раньше, чем обычно, а позже*. Таким образом, лечение заключалось в постепенном удлинении цикла сон — бодрствование, приводящем в конце концов к перемещению времени отхода ко сну в направлении по часовой стрелке (а не против нее, что безуспешно пытался сделать этот больной до начала лечения) до достижения желаемого фазового сдвига.

Практически это достигалось следующим образом: молодому человеку предложили ложиться спать каждый день на три часа позже, чем в предыдущий, постепенно сдвигая таким образом время сна. Через несколько дней этот больной уже спал днем и бодрствовал ночью. (Разумеется, он в это время не работал.) Через неделю цель была достигнута: он ложился в идеальное для

себя время, в 11 вечера, и вставал, как и требовалось, в 7 утра. Таким образом, больного вылечили, но предупредили, что он должен строжайшим образом придерживаться установленного режима, чтобы вновь не «соскользнуть» в ту ситуацию, которая была до начала лечения.

После этого случая Вейцман и его сотрудники, а также другие исследователи описали и успешно вылечили целую группу подобных больных. Это расстройство сна получило наименование «синдром фазовой задержки сна».

Давайте рассмотрим теперь другой пример из области медицины, связанный с нарушением биоритма. В 1979 г. Том Вер, Анна Вирц-Джастис и другие исследователи из Национального института психического здоровья США опубликовали сообщение об успешном лечении одной женщины, страдающей глубокой эндогенной депрессией. До этого она безуспешно лечилась различными методами. Ученые решили помочь этой больной, *сдвинув время ее сна вперед по часовой стрелке на 6 часов*. Другими словами, чтобы она ложилась спать не в 11 часов вечера, как обычно, а позже — в 5 утра.

Теоретическая предпосылка данного метода лечения была такова: Вер и его коллеги обнаружили, что циркадные ритмы других депрессивных больных демонстрировали ненормальную фазовую связь с циклом сон — бодрствование. Например, начало сна сочеталось с суточным температурным минимумом, а не с ниспадающей ветвью температурной кривой, как у здоровых. У этих депрессивных больных сон был, так сказать, *внутренне задержан*.

Тогда у исследователей возник вопрос: может такая ненормальная фазовая связь иметь отношение или даже быть причиной депрессивного состояния у этой больной? Если это так, то тогда нормализация фазовых соотношений должна привести к улучшению ее состояния. Действительно, при смещении времени сна вперед по ходу часовой стрелки наблюдался ожидаемый антидепрессивный эффект. Улучшение состояния продолжалось около двух недель, но к концу этого срока температурный ритм больной бодрствования и вновь возникал все тот же фазовый дисбаланс. С этого момента депрессивные симптомы у больной снова усиливались. Когда *температура снова сместилась вперед*, эти симптомы вновь на время исчезли.

У других больных подобное лечение оказалось успешным лишь отчасти, и необходимы дальнейшие исследования, прежде чем можно будет с определенностью утверждать, что новый метод лечения депрессии приносит пользу больным.

Эти сообщения Вейцмана и Вера об их двух больных, *одного с нарушением сна, а другого с депрессией*, имели одно общее: в обоих случаях лечение заключалось в изменении режима сна пациента. Это новый и оригинальный подход к лечению таких заболеваний, для которых ранее применялось главным образом медикаментозное лечение. Пока что эти методы находятся в стадии разработки и поэтому представляют больший интерес для ученых, чем для практических врачей, тем не менее несомненно, что они открывают интересные новые пути безлекарственного лечения.

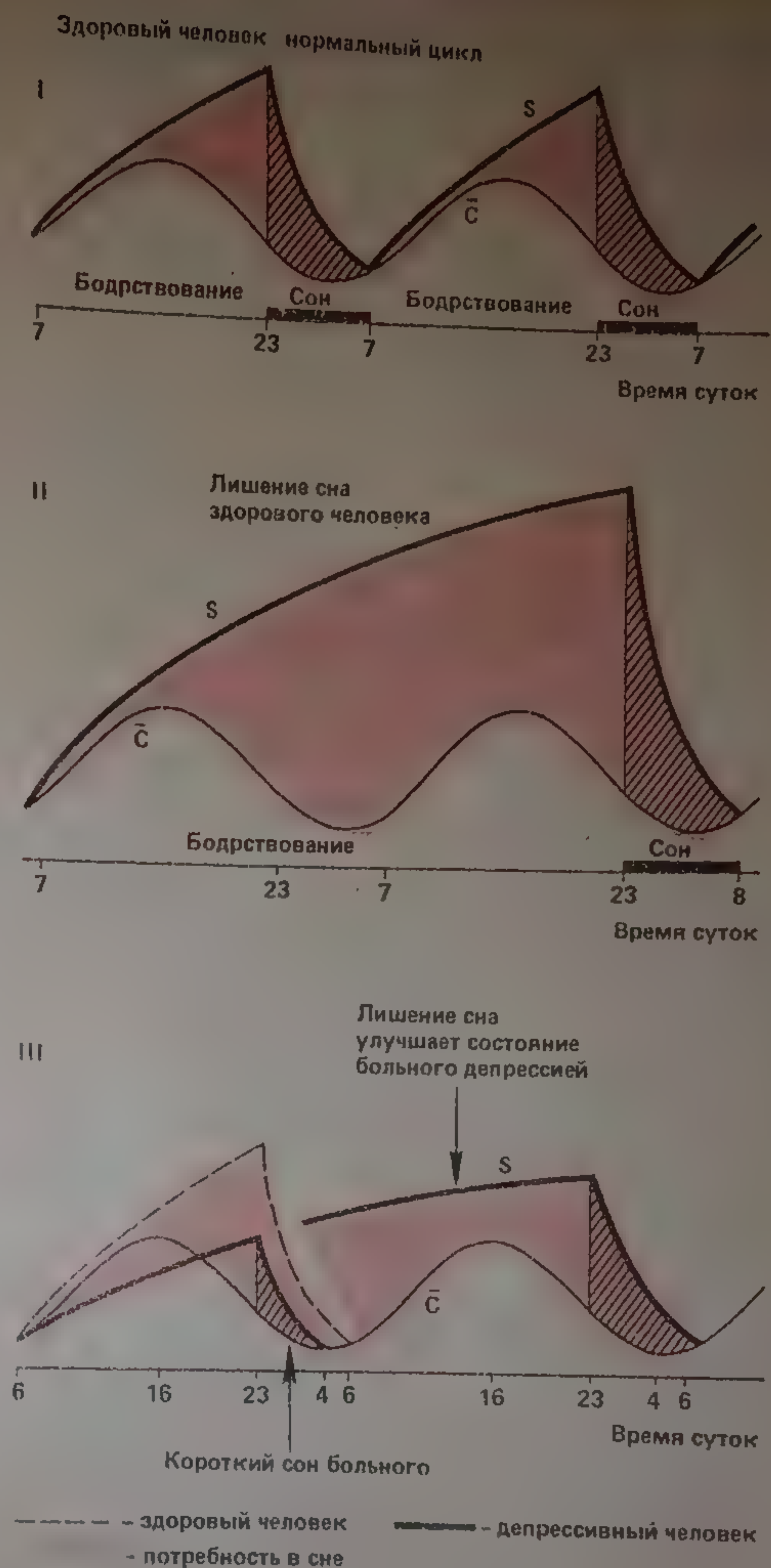
Уже довольно давно известно, что нарушения ритмов в окружающей среде могут оказывать существенное воздействие на наше самочувствие. Новым здесь является то, что определенные нарушения и заболевания, оказывается, могут быть вызваны скрытыми нарушениями биоритмов внутри нашего собственного организма. Возможно, что вскоре окажется возможным их лечение с помощью соответствующих форм *ритмической терапии*.

ДВА ПРОЦЕССА СНА: МОДЕЛЬ РЕГУЛЯЦИИ СНА

Интересно, что ритм тяги ко сну находится в противофазе с ритмом температуры тела. Потребность во сне максимальна, когда температура достигает суточного минимума, и она понижена, когда температура находится в своем максимуме. Все эти наблюдения свидетельствуют, что потребность во сне определяется не только длительностью предшествующего бодрствования, но находится также под сильным воздействием циркадного процесса, независимо от сна и бодрствования. Очевидно, на циферблате наших «внутренних часов организма» время для сна четко отмечено самой природой.

В регуляции сна принимают участие оба процесса: длительность предшес-

являющегося бодрствования и циркадный ритм. Нами представлена модель, показывающая, как эти два фактора взаимодействуют друг с другом. **Процесс S** (от sleep — сон) указывает на уровень потребности во сне в дневное время и на глубину сна ночью. Эта кривая идет вверх во время бодрствования (по мере того как потребность во сне нарастает) и испадает во время сна (по мере снижения процента глубокого медленного сна). **Процесс C** (от circadian — циркадный) соответствует циркадному ритму потребности во сне, который независим от предшествующего сна или бодрствования. Его верхняя точка приходится на 4 часа утра, когда особенно трудно сохранять бодрствование, а нижняя на 4 часа дня. **Кривая C (изображенная на рисунке 1)** показывает не сам процесс C, а его зеркальное отражение. Эту кривую \bar{C} можно рассматривать как порог бодрствования, так как ее нижняя точка соответствует максимальной потребности во сне.



лишь короткое время, несмотря на то что предшествующую ночь провели бодрствуя.

Хотя процент глубокого медленного сна зависит в основном от длительности предшествующего бодрствования, стадии парадоксального сна определяются главным образом циркадным ритмом. Соответственно в нашей модели принято, что потребность в парадоксальном сне отражается в процессе S. В более детальной версии этой модели, которая здесь не представлена, мы предположили, что парадоксальный и медленный сон оказывают тормозящее воздействие друг на друга. Такое взаимодействие может лежать в основе циклического чередования медленного и парадоксального сна. Серж Даан и Домьен Беерсма из Университета Гронингена разработали компьютерную модель регуляции сна, основанную на сходных допущениях и показывающую, что можно смоделировать типичные изменения ритма сон — бодрствование, происходящие в условиях «изоляции от времени». Некоторые из этих изменений, такие, как внутренняя десинхронизация и 50-часовая периодичность, рассматривались выше.

Разумеется, представленная модель является только рабочей гипотезой; она, несомненно, не отражает всей сложности механизмов регуляции сна. Эти идеи, вероятно, потребуют в дальнейшем адаптации и модификации. Тем не менее такое моделирование полезно в двух отношениях: во-первых, оно позволяет поместить значительное число экспериментальных данных в единую концептуальную рамку; во-вторых, оно позволяет высказать некоторые предположения, которые могут быть проверены в дальнейших опытах. Уже существуют определенные указания относительно возможных биологических механизмов, лежащих в основе обоих вышеописанных процессов.

Например, нарастание процесса S в ходе бодрствования и его падение во время сна хорошо соответствуют колебаниям уровня эндогенного вещества, существование которого предсказывалось гипотезой Пьерона и его последователей. Процесс S, по-видимому, отражает работу «внутренних часов»,

расположенных в супрахиазматическом ядрах межучного мозга, которые могут регулировать, кроме сна, различные ритмические процессы (такие, как колебания температуры тела и уровень кортизола). Важно подчеркнуть, что представленная модель, в отличие от некоторых других, предполагает существование только одного-единственного осциллятора-ритмоводителя.

РЕГУЛЯЦИЯ СНА И ДЕПРЕССИЯ

Как мы уже упоминали, больные, страдающие эндогенной депрессией, обычно спят плохо, но парадоксальным образом их состояние может улучшаться после лишения сна. Вышеприведенная модель регуляции сна дает, можно сказать, ключи к механизмам, связующим сон и депрессивное заболевание.

Работая совместно с Анной Вирц-Джастис (нейрохимиком и хронобиологом из Базельского университета в Швейцарии), мы обнаружили, что у больных эндогенной депрессией может быть нарушен связанный со сном — бодрствованием процесс S. Вследствие этого в ходе бодрствования он не достигает нормального уровня, как видно на рисунке III. В результате уменьшение интервала между кривыми S и C приводит к снижению потребности в сне. Таким образом, гипотеза о нарушении процесса S может помочь в объяснении тех трудностей, которые испытывают обычно депрессивные больные при засыпании, а также их частых ночных пробуждений. Кроме того, рисунок III показывает, что кривые S и C пересекаются раньше, чем им положено в норме. Это соответствует слишком раннему утреннему подъему — другому частому расстройству сна у депрессивных больных.

Как же может лишение сна приводить к лечебному эффекту? Для его объяснения Анна Вирц-Джастис и мы прибегли к следующему допущению: мы предположили, что ненормально низкий уровень процесса S не только оказывает воздействие на сон больного, но и причинно связан с симптомами депрессии. Такая связь может помочь в объяснении того факта, что депрессия часто сильнее выражена сразу после утреннего про-

ожаления (на нижней точке кривой процесса S) и постепенно ослабляется в течение дня.

Следуя данной гипотезе, можно видеть, что депривация (лишение) сна приведет к повышению процесса S до более высокого уровня, как видно на рисунке III. Возрастание процесса по направлению к норме и служит, в соответствии с данной моделью, основой антидепрессивного эффекта лишения сна. Однако этот позитивный эффект не может длиться долго, так как первый же период сна (сочетающийся с падением процесса S до низкого уровня) обычно вновь вызывает впадение в депрессию.

В сотрудничестве с Дэвидом Купфером, психиатром и исследователем сна из Университета Питтсбурга, и его исследовательской группой моя группа в Цюрихе недавно проанализировала ЭЭГ во время сна у депрессивных больных, и полученные результаты подтверждают нарушение процесса S. В настоящее время другие исследовательские группы занимаются проверкой этой гипотезы. Если выяснится, что их наблюдения и выводы не согласуются с предложенной моделью, то будут рассмотрены другие варианты. В любом случае существенным является уже то, что модель, разработанная для объяснения нормальной регуляции сна, может быть перенесена и на некоторые его патологические отклонения.

ВЗГЛЯД В ПРОШЛОЕ

Если изучение биологических процессов в высокоразвитых формах жизни заходит в тупик, то часто бывает полезным вспомнить об эволюционной истории. Насколько полезным может оказаться такой подход для понимания регуляции сна?

В соответствии с вышеописанной моделью мы допустили существование двух независимых процессов. Процесс S, который определяет циркадную динамику потребности во сне, можно проследить даже у простейших форм жизни. Мы уже видели, что циркадные ритмы можно обнаружить повсеместно в растительном и животном царстве и даже у одноклеточных организмов. Циркадные ритмы покоя — активности,

которые поддерживаются в организме независимо от «цайтгеберов» окружающей среды, описаны и у насекомых и моллюсков.

Разумеется, у таких существ, где нервная система организована совершенно по-другому, чем у позвоночных, «сон» невозможно определить по ЭЭГ-критериям. Тем не менее их циркадный ритм покоя — активности можно рассматривать как предшественник ритма сон — бодрствование, как уже указывалось ранее. Как появление в эволюционной истории циркадных ритмов, так и их распространенность в живой природе указывают, что приспособление к 24-часовому суточному ритму явилось чрезвычайно важным фактором для выживания организмов. С другой стороны, наличие циркадных биоритмов создает не только одни преимущества, так как эти ритмы обычно жестко запрограммированы и при изменении условий не могут быстро перенастроиться.

Логично предположить, что необходимо подключить дополнительный механизм (процесс S), который давал бы возможность более гибко приурочить время отдыха и активности в соответствии с окружающими условиями и текущими потребностями организма и вывести эти периоды из-под жесткого контроля. Этот эволюционно более молодой процесс регуляции сна делает организм значительно более гибким, легко приспособляющимся к изменениям окружающей среды, создает принципиальную возможность для живых существ «ускользнуть» из-под жесткого контроля биологических часов, не теряя при этом своих эволюционных преимуществ.

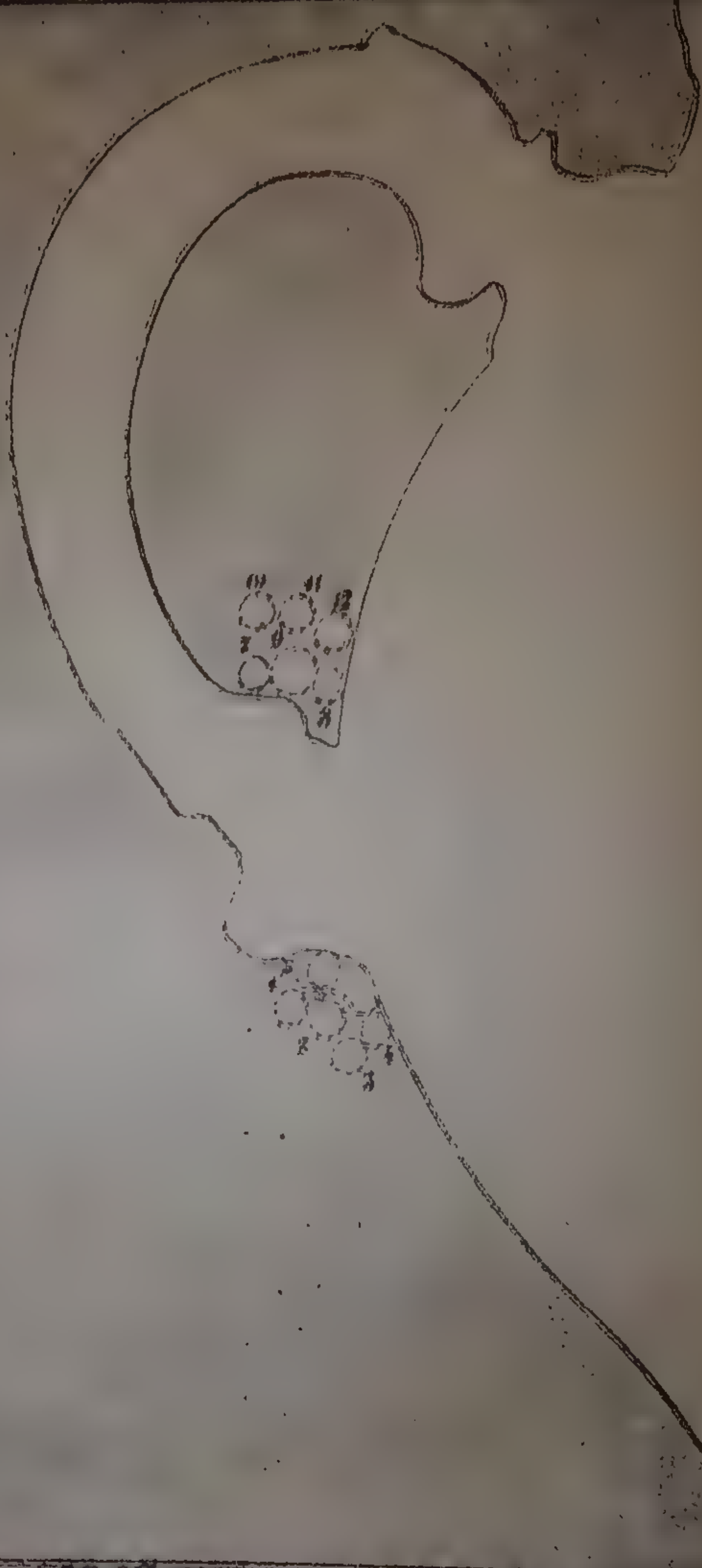
«ТАЙНЫ СНА»

Автор — профессор Цюрихского университета А. Борбели.

КНИГА ВЫИДЕТ

в издательстве «Знание» (естественнонаучная редакция, редактор Н. И. Феоктистова) в III квартале 1989 г.

Анна Петровна



Олег Мартынов. Мотивы и символы

Условные обозначения:	1. Ольга Николаевна Коса.	8. Анна Николаевна Маслова.
	2. Сити со своим чаем.	9. Сити с чаем.
	3. Бремена. Моря.	10. Анна Николаевна.
	4. Гей Николай (Ситирина).	11. Аркадий Иванович.
	5. Девки.	12. Анна Николаевна Маслова.
	6. Николай Николаевич Ситирина.	
	7. Ал. Николаевич.	

Илья Кабаков. Лист № 7 из альбома «Анна Петровна видит сон» (32 листа). 1974. Бумага, тушь, цветной карандаш. 51,5×35

ВОЗМОЖНО
САМО

Рассказы
кандидата
научный
исследова
ской мед

Как пред

Отрица
вания, д
тревога,
приводят
нарушени
фаркт ми
сахарный
астма, ги
называем
стресса.

Более
нии серд
в начале
фессора
доказано
миокарда
симптоми
зического
ния уста
симптоми
ми, так к
или меся

А. Ап
пой муж
ванном в
вышенны
ца (гипо
точную м
нию). И
сяцев ст
среди ни
более че
так назы
который
стоящие.
ных сил
тию, но
ния сна
цы, вклю
буждени
тря на
сна).

Пред
можно о
ненных
ленин

ВОЗМОЖНОСТИ САМОКОНТРОЛЯ

Рассказывает Ольга Сергеевна КОПИНА, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Всесоюзного научно-исследовательского центра профилактической медицины МЗ СССР

Как предупредить срыв

Отрицательные эмоциональные переживания, длящиеся хронически (например, тревога, депрессия), в наше время все чаще приводят к развитию таких болезней, как нарушение ритма сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, аллергия, бронхиальная астма, гипертиреоз, артрит и др. Это так называемые психосоматические — болезни стресса.

Более достоверно это выяснено в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. Еще в начале 80-х годов в исследованиях профессора А. Аппелса из Нидерландов было доказано, что предвестниками инфаркта миокарда или внезапной смерти могут быть симптомы эмоционального истощения, физического изнурения или внезапного усиления усталости. Как считает Аппелс, эти симптомы могут служить предупреждающими, так как встречаются за несколько дней или месяцев до инфаркта миокарда.

А. Аппелс решил понаблюдать за группой мужчин (415 человек) в самом рискованном возрасте (40—59 лет), имевших повышенный риск ишемической болезни сердца (гиперхолестеринемия, курение, избыточную массу тела, артериальную гипертонию). И оказалось, что уже в течение 10 месяцев стали появляться случаи инфарктов среди них. Так вот, заболеванию инфарктом более чем в 80% случаев предшествовал так называемый психологический синдром, который включал в себя депрессивное состояние, ощущение истощенности жизненных сил, беспомощности, тревоги и апатию, навязчивые состояния, нарушения сна (различные варианты бессонницы, включая раннее пробуждение или пробуждение с чувством усталости, несмотря на нормальную продолжительность сна).

Предлагаем тест, с помощью которого можно оценить степень истощенности жизненных сил и угрозу депрессии, составленный на основе опросника А. Аппелса.

Результат 0—4 балла — признаков излишнего перенапряжения и переутомления практически нет. Риск низкий.

Результат 5—9 баллов — имеются некоторые признаки переутомления. Стрессовая нагрузка временами бывает высокой. Вам необходимо не допускать дальнейшего перенапряжения, не забывать об отдыхе и уметь восстанавливать свои силы. Можно даже не обращаться к врачу, у вас хватит энергии и сил справиться самому. Риск средний.

Результат 10—14 баллов — интенсивная стрессовая нагрузка, требовавшая от вас большого напряжения и самоотдачи на протяжении длительного времени, привела к истощению жизненных сил. Вам необходим полноценный отдых. Возьмите отпуск. Оставьте на время свои дела и не беспокойтесь о них. Поверьте, здоровье — дороже. По-видимому, вам следует обратиться к психологу или психотерапевту. Риск высокий, особенно если у вас повышенное артериальное давление, избыточная масса тела, а также если вы курите или мало двигаетесь.

Необходимость снятия нервного напряжения, нормализации психического состояния потребуют от вас пересмотреть в чем-то и изменить свой привычный образ жизни. Чтобы внести в жизнь такие изменения, нужна готовность, и первое время может потребоваться приложение значительных



Как я чувствую себя в последнее время?

Вопрос	Да	Не знаю	Нет
Часто чувствую усталость	1	1	0
Мне трудно уснуть	1	1	0
За ночь просыпаюсь несколько раз	1	1	0
Постоянно чувствую слабость	0	1	1
Чувствую себя в расцвете сил	1	1	0
Многое не удается	1	1	0
Жизнь заводит в тупик	0	1	1
По-прежнему половая жизнь приносит удовлетворение	1	1	0
Мелочи раздражают все сильнее	1	1	0
Физически истощен, как подсевшая батарейка	1	1	0
Порой кажется, что лучше умереть	1	1	0
Кажется, что нет больше сил	1	1	0
Настроение подавленное	1	1	0
Каждое утро просыпаюсь с чувством усталости и истощения	1	1	0

Подсчитайте сумму баллов, полученных за каждый ответ.

душевных сил. Однако, когда новый образ жизни станет привычным, вы перестанете замечать, что совершаете какие-либо усилия для сохранения и укрепления здоровья. Проявятся и ваши творческие способности в достижении жизненно важных целей, улучшится психологический климат в семье и на работе. А с повышением уравновешенности, устойчивости к стрессу появится удовлетворенность жизнью.

В заключение приведем следующий пример пессимистического отношения к жизни.

Если какая-нибудь неприятность может случиться, она случается. Следствия: не все так легко, как кажется; всякая работа требует больше времени, чем хотелось бы; из всех неприятностей произойдет именно та, ущерб от которой больше; если четыре причины возможных неприятностей заранее устранены, то всегда найдется пятая; предоставляемые самим себе, события имеют тенденцию развиваться от плохого к худшему; как

только приходится делать какую-то работу, найдется другая, которую надо было сделать еще раньше; всякое решение порождает новые проблемы.

Когда дела идут хорошо, значит, скоро должно что-то случиться. Следствия: когда дела идут хуже некуда, значит скоро они пойдут еще хуже, если считаешь, что ситуация улучшается, значит чего-то не заметил.

Любые предложения люди понимают иначе, чем тот, кто их вносит. Следствия: даже если мои мысли настолько ясны, что исключают всякое ложное толкование, все равно найдется человек, который поймет их неправильно; если уверен, что мой поступок встретит всеобщее одобрение, кому-то он обязательно не понравится.

Если уж работа проваливается, то всякая попытка спасти ее только ухудшит дело. Следствия: перед тем как ухудшиться, ситуация улучшается; кто сказал, что она улучшится?

Эти «законы подлости», приписываемые персонажу американского юмора — Мёрфи, безусловно, шутка. И мы желаем, чтобы подобные мысли никогда бы не приходили вам всерьез.

Еще
ществов
нии. О
отнюдь
жизни. Р
профила
проблем

— К
проблем
тистиче
тельног

— П
вила о с
заверше
цидальн
мира, ра
своему
устройст
ления, у
преврат
ко-социа
своего р
ции цел
приятий

Стати
крыта с
тилетий
редине Д
ральной
ние посл
отмечает
стране та
зарегист
погибло
В 1987 го
55 тысяч
человека
Макс
в Москве
человек
чал пост
остаются
в 1987 год
гистриро

КОГДА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС ВЕДЕТ К САМОУБИЙСТВУ

Еще недавно этой теме как бы не существовало в нашем общественном сознании. Однако самоубийства (суицид) — отнюдь не новое явление в человеческой жизни. Ныне оно рассматривается в аспекте профилактики, предупреждения. В чем суть проблемы?

— Когда у нас началось изучение проблемы самоубийства и каково статистическое выражение этого отрицательного явления?

— Проблема самоубийства напомнила о себе в 50-х годах бурным ростом завершенных суицидов и особенно суицидальных попыток. Для многих стран мира, различающихся друг от друга по своему общественно-политическому устройству, этническому составу населения, уровню развития культуры, она превратилась в одну из острейших медико-социальных проблем, требующих для своего решения разработки и реализации целого ряда превентивных мероприятий.

Статистика самоубийств у нас открыта с этого года (спустя шесть десятилетий после первых публикаций в середине двадцатых годов — отдела моральной статистики при ЦСУ). В течение последних десятилетий во всем мире отмечается рост самоубийств, и в нашей стране так же. Максимальное их число зарегистрировано у нас в 1984 г., когда погибло свыше 81 тысячи человек. В 1987 году лишили себя жизни свыше 55 тысяч человек, что составляет 19,1 человека на 100 тысяч населения.

Максимальный рост самоубийств в Москве наблюдался в 1977 году (1945 человек погибших), затем уровень начал постепенно снижаться, хотя цифры остаются достаточно впечатляющими: в 1987 году в городе Москве было зарегистрировано 1275 самоубийств.

На вопросы отвечает заслуженный деятель науки РСФСР, руководитель Всесоюзного научно-методического суицидального центра, доктор медицинских наук, профессор Айна Григорьевна АМБРУМОВА.

За 1988 год цифры Госкомстат СССР будет иметь в конце лета (именно к этому времени завершается обработка предварительных данных и их окончательный обсчет). На наш взгляд, в большей мере то, что в Москве уровень самоубийств снижался, в то время как в среднем по стране наблюдался рост самоубийств, связано с профилактической деятельностью Московской суицидальной службы, функционирующей с 1977 года.

— Каков был путь становления суицидальной науки у нас?

— Путь был трудный в условиях замалчивания и полного отрицания фактов. Некомпетентные лица, бюрократы всячески препятствовали общественному мнению понять смысл и остроту этой проблемы, пытались свести ее к проявлению душевной болезни. А ведь согласно мировой статистике, самоубийства совершают 25—27% практически здоровых людей, столько же примерно психических больных, а остальной процент падает на лиц с пограничными расстройствами. Отсюда очевидна нелепость отдать проблему самоубийства на откуп психиатрам.

Суицидология — наука междисциплинарная, требующая компетенции многих специалистов: психиатров, психологов, юристов, социологов, философов и др. Это сложная наука — человековедение, чем и объясняется комплексность всех наших исследований.

— В чем же причины, толкающие людей на добровольный уход из жизни?

— Условий для психологического кризиса много — от семейно-личных или интимных коллизий одиночества до творческих тупиков и других, порождающихся в быстро меняющемся современном мире (включая и экологические условия) усложнением производственных, межличностных отношений. Постоянно приходится адаптироваться к новым условиям, выдерживать непосильные нагрузки, переваривать все богатство информации. В условиях теневой стороны технического прогресса, сложностей урбанизации для многих горожан условия ныне непростые.

Как показал наш опыт, в социально-психологической помощи нуждаются и молодые люди, в частности, из числа студентов-мигрантов. Это люди, приехавшие из других городов, сел и деревень. Иная молодая первокурсница до последнего момента надеется, что ставший ей близким мужчина женится, она сохраняет беременность, запускает экзамены, недосыпает... Ее лишают стипендии, не дают академический отпуск, наконец и вовсе отчисляют. Москва слезам не верит! А домой ей возвращаться страшно — родители так надеялись! Короче, нарастает стрессовая ситуация, которую не каждый способен перенести.

Трудно переносят люди и свое одиночество...

— Когда человек остается один? Но ведь одиноким можно себя почувствовать и затерявшись в толпе, и утратив взаимопонимание со своими близкими...

— Совершенно верно. Одиночество в семье, например, переносится гораздо тяжелее, чем паспортное, формальное. Самое страшное, когда человек остается не просто один, а в кругу собственной семьи, не находя общего языка с близкими. Одиночество — тяжелое эмоциональное состояние, которое испытывают люди и молодого, и среднего, и пожилого возраста.

А сейчас у многих создается обратное впечатление, что одиночество — это когда женщина ищет себе мужа, а мужчина жену. Такое понимание оди-

ночества, особенно в том виде, как оно преподносится в клубах знакомства, брачных конторах да и в массовой печати под рубриками «брак», «сексуальная жизнь» и другими, вульгарно. Будучи эмоциональной реакцией потребности в общении, одиночество представляет собой не только тягостное переживание, но и крик о помощи!

Могли бы вы сказать, передается ли предрасположенность к самоубийству по наследству? Говоря о таких трагических случаях, можно вспомнить, что, например, Эрнест Хемингуэй застрелился, как говорят, из того же ружья, что и его отец...

В отношении самоубийств мы можем говорить лишь об определенной повторяемости в отдельных случаях этих актов из поколения в поколение. Нет данных говорить прямо о наследственности, можно только полагать, что в неблагоприятных ситуациях используется принятый в семье модус поведения, так переносится и «опыт» родителей в качестве выхода из ситуации. Э. Хемингуэй страдал депрессией, а люди с таким заболеванием наделены высоким риском суицидальной опасности. Не исключено в данном случае использование опыта семьи.

С каким контингентом больных сталкиваются суицидологи?

В нашей суицидологической практике мы работаем и с практически здоровыми людьми, и с акцентуантами (лица, у которых заострены характерологические особенности — это как бы верхняя граница нормы), и с лицами, страдающими пограничными расстройствами психики, и с душевнобольными. Отмечено, что в особо сложных условиях, травмирующих, реакции ситуационные у акцентуантов могут переходить во временные психопатологические расстройства (по типу транзиторных). Важным является факт их обратимости — во всех случаях возможен и соблюдается полный возврат к прежнему уровню адаптации. Вот почему такие временные болезненные состояния могут быть отнесены к клинике большого психиатрии и наблюдаться должны в специализированном кризисном, а не в психиатрическом стационаре.

Как организована помощь в рамках социально-психологической службы действующей в Москве?

— Наша служба социально-психологической помощи имеет в своем составе подразделения, предназначенные специально для каждой категории суицидальных пациентов. Так, для практически здоровых и лиц с пограничными расстройствами работают телефонная служба медико-психологической помощи (Телефон Доверия), кабинеты социально-психологической помощи и кризисное отделение. А для страдающих психическими заболеваниями в составе службы имеются суицидологические кабинеты в психоневрологических диспансерах и специализированные отделения в психиатрических больницах.

В работе службы придается особое значение профилактике суицидального поведения у практически здоровых лиц и лиц с пограничными расстройствами, так как эта группа, во-первых, наиболее многочисленна (в контингенте лиц с аутоагрессивными намерениями), во-вторых, состоит она преимущественно из лиц молодого возраста.

Среди профилактических мер, направленных на предупреждение самоубийств у лиц практически здоровых и лиц с пограничными состояниями, важнейшее место занимают психотерапевтические воздействия. Во многих случаях психотерапия представляет собой единственно необходимый вид помощи пациентам, переживающим кризисные и суицидоопасные состояния. Психотерапевтическая коррекция кризисных и суицидальных состояний осуществляется во всех функциональных подразделениях, и прежде всего в отделении экстренной медико-психологической телефонной помощи (Телефон Доверия).

— В чем назначение кабинетов социально-психологической помощи?

— Кабинеты социально-психологической помощи (мы их сокращенно называем КСПП) находятся в территориальных поликлиниках разных районов Москвы. Их 23, обслуживают они крупные учебные заведения, предприятия города. Есть и специальные кабинеты для детей и подростков и для лиц пожилого возраста. Есть кабинет и

в приемнике для несовершеннолетних правонарушителей.

Прием в КСПП ведут психотерапевты. В наших кабинетах сразу же возникает обстановка большой доверительности. Это очень важно, поскольку многие пациенты приходят к нам в состоянии крайней угнетенности и больше всего нуждаются в дружеском участии. Посетители принимаются анонимно, никаких записей в регистратуре не делается.

— А что представляет собой кризисное отделение?

— Весь смысл заключается в том, что сложные, необычные состояния, о которых мы говорим, требуют нестандартных подходов. Мы создали кризисный стационар (на базе 20-й больницы), придерживаясь новейших принципов организации; он очень комфортабельный, уютный. Обставлен как лучший санаторий: телевизоры, музыкальная и радиоаппаратура, ковры... К сожалению, пока всего на 30 коек.

В нашем стационаре находятся практически здоровые люди после попыток или с риском самоубийства. Время пребывания в нем продолжается не более одного месяца, используются методы экспресс-терапии, медикаментозная коррекция, активно применяются аутотренинг, когнитивная, индивидуальная и групповая терапии, дополнительные методы (игло- и водолечение, массаж и т. п.). Считаю, что нам удалось найти наиболее оптимальное сочетание медикаментозного лечения с различными формами психотерапевтической поддержки.

— Хорошо известен Телефон Доверия (205-05-50), расскажите об этом подразделении службы подробнее.

— Оно осуществляет круглосуточное купирование различных кризисных состояний, межличностных и микросоциальных конфликтов на ранних их этапах, психологически поддерживает одиноких людей. Работа эта имеет выраженный профилактический характер. По нашему мнению, психотерапевтическая помощь по телефону является наиболее демократичным видом помощи населению, обладает рядом преимуществ по сравнению с традиционной. Эти преимущества имеют особое значение

ние для лиц с семейными, интимно личными проблемами и для представителей групп суицидального риска.

— Что это за преимущества?

— Прежде всего привлекает суицидальных пациентов «неявность» психотерапевтического общения. Среди обращающихся лица с суицидальными переживаниями составляют 18%, что несколько выше, чем в амбулаторных службах (13%). Преимущества психотерапии по телефону в значительной степени обусловлены особенностями коммуникации. Прежде всего это возможность общения на значительном расстоянии, оперативного соединения с психотерапевтом в любое удобное для абонента время суток. Контакт по телефону обеспечивает максимальную анонимность пациента, что для многих является весьма важным. Возможность управлять контактом и даже прервать его в любой момент также крайне привлекательна для некоторых категорий обратившихся.

Процесс общения по телефону способствует более четкому формулированию своего состояния, требует известного лаконизма и умения определять главное. Таким образом, создается как бы аутотерапевтический эффект. И наконец, беседа по телефону исключает посторонние отвлечения, позволяет достичь глубокого личностного характера связи.

— Интересно, записывается ли содержание беседы?

— Развернутых записей, а тем более фонограмм мы не делаем, считаем это неприемлемым по этическим соображениям. Сотрудник фиксирует лишь общий смысл информации и помечает ее соответствующим кодом: интимно-личное, семейное, потеря значимого, другого, взаимоотношения с родителями и т. п. Кодирование это отвечает нормам Международной федерации телефонных служб (Женева), ведь профилактика кризисных состояний и суицидов по телефону получила широкое распространение в мире (в МФТС участвуют 92 государства). Мы намерены расширять свои связи, особенно теперь, когда наша исследовательская тема перестала быть закрытой.

Телефон Доверия работает с боль-

шими нагрузками. Однако проблема заключается в том, что мы считаем целесообразным установление приоритета именно для телефонной службы. Свою задачу мы видим в налаживании четких, координированных действий всех подразделений. Другое дело, что сеть должна расширяться, подобные службы необходимо организовать и в других регионах страны. Мы сейчас над этим работаем. Телефоны Доверия имеются в Прибалтике, Ленинграде, Днепропетровске, Мурманске, Ростове, Казахстане, Минске и в других городах.

— С чем люди чаще всего обращаются в Телефон Доверия?

— Проблемы те же, что и во всем мире. Драматично складываются личные отношения — у отца с сыном, у ревнивого мужа с женой, у подчиненного с начальником... Тургеневская девушка никак не может отыскать свой идеал, стареющий мужчина — удержать любовницу... Много звонков от спинальных больных, прикованных к постели, — жена, как нередко водится, бросила, мать умерла, остался один... Пожилая, интеллигентная дама, вдова профессора, осталась одна в большой квартире на улице Горького. Ее пытаются срочно переселить в маленькую, в Бирюлево: нужно продавать мебель, снимать со стен семейные реликвии, проститься с соседями, к которым привыкла...

Вот это чувство изоляции, лишения всего, что составляло смысл жизни, может иметь очень серьезные последствия. В таких случаях мы пробуем свести «товарищей по несчастью», познакомить их, дать возможность проявить взаимопомощь. Пожилых людей, утративших значимые эмоциональные отношения, а также соматически (телесно) инвалидизированных лиц прежде всего поддерживаем морально: стараемся отвлекать, переключить с травмирующих переживаний на эмоционально-положительные. Сотрудники службы обсуждают с ними прочитанные книги, телевизионные передачи и т. д., стимулируют различные интересы пациентов.

Тактика нашей телефонной службы следующая. Раздается звонок, человек сообщает о своем решении уйти из жизни, психотерапевт или психолог старается найти с ним общий язык, обсуждает

возникшие
ти решения
ся убедить
торяются,
как победу
но отказал
можно раб
что самоуб
взрезал себ
помощи. К
адрес, то м
адрес назв
рую и спаса
Часто з

нетенном с
на невозм
раемся у
из наших
ную чело
сиональну
Вниматель
пришедши
оказывают
ной терап
отделение.
кругу, без
дней: теле
Работа н
без права

— Мож
ных, внави
либо мето

— Спл
беда обру
века прост
Это более
стоянно о

...проблемы, подсказывает пути решения, успокаивает. Иногда удается убедить сразу, а подчас звонки повторяются, но мы их тоже расцениваем как победу — человек, пусть временно, но отказался от своих намерений, с ним можно работать дальше. А бывает так, что самоубийство уже в ходу, человек взрезал себе вены и в ужасе вызывает о помощи. Конечно, если он не сообщает адрес, то мы помочь не в силах. Если же адрес назван, срочно направляем скорую и спасаем.

Часто звонят нам в подавленном, угнетенном состоянии, плачут, жалуются на невозможность жить. Что же, стараемся убедить прийти в один из наших КСПП и испытываем огромную человеческую радость и профессиональную гордость, если это удастся. Внимательно и всесторонне беседуем с пришедшими «с телефона», а если они оказываются трудными для амбулаторной терапии, отправляем в кризисное отделение. Вот так и идет у нас по кругу, без выходных и праздничных дней: телефон — КСПП — стационар... Работа напряженная, ответственная, без права на ошибку.

— Можно ли вооружить несчастных, впавших в отчаяние людей какими-либо методиками самоконтроля?

— Сплошь и рядом бывает так, что беда обрушивается в одночасье, у человека просто нет времени подготовиться. Это более широкая проблема: нужно постоянно организовывать себя, руково-

дить эмоциями. Иное дело затянувшиеся, продолжающиеся ситуации, связанные с разводами, семейными неурядицами, межличностными конфликтами. Здесь, конечно, уместны методы самоконтроля, аутотерапии. У нас разработаны и основные принципы психотерапии одиночества, затруднения общения.

— Вот так в одночасье обрушилась беда на Армению, когда землетрясение обернулось трагедией для целого народа. Есть в печати высказывания о том, что вслед за этим несчастьем может увеличиться число случаев депрессии и самоубийств. Этого следует ожидать, как вы считаете?

— По мере выравнивания соматических страданий у людей, по мере того как острая боль и непосредственная угроза жизни отступят, начнутся тяжелые ситуационные реакции (демобилизации), пессимистические, депрессивные. Но хочется думать, что у армянского народа, на долю которого в истории не раз выпадали суровые испытания, останутся (как и были до сих пор) самые низкие по Союзу статистические показатели самоубийств. Сейчас в Армении как никогда необходима служба социально-психологической помощи, обеспечивающая снятие психологического кризиса у нуждающихся. Это наш прямой профессиональный, более того, человеческий долг.

Беседу вел журналист
А. Сосновский

ЧИТАЙТЕ

«СТРЕСС БЕЗ СТРЕССА»

автор Ю. Г. Чирков

КНИГА ВЫШЛА

в издательстве «ФИЗКУЛЬТУРА И СПОРТ»

в 1988 году

в серии «Наука — здоровью»

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

Рассказывает кандидат фармацевтических наук Наталия Юрьевна АБАШИНА.

ДОМАШНЕМУ «ПРОВИЗОРУ». СОВЕТ ВТОРОЙ

«Сила трав велика... и нет на земле места, где трава не растёт» (Чжуд-ши — памятник средневековой тибетской культуры. — Новосибирск: Наука, Сиб. отделение, 1988. 349 с.). Но чтобы травы сохранили свою силу, то есть обладали максимальным фармакологическим эффектом, необходимо знать, как, когда и где их нужно собирать, как сушить и хранить. Правилам сбора лекарственных растений всегда уделялось большое внимание. В «Чжуд-ши» сказано:

«К траве предъявляются семь таких требований:

она должна вырасти в хорошем месте, быть собранной вовремя, хорошо высушенной, свежей, неиспорченной, обезвреженной, действовать мягко, сочетаться с другими.

О месте произрастания. Это — чистая, богатая земля...

О времени сбора. Корень, ветка и стебель... их лучше собирать, когда высыхают соки. Листья, молочко и молодые побеги... их лучше собирать в период роста в сезон дождей.

Цветы, плоды и концы побегов... их лучше собирать осенью.

Каковы же современные правила сбора, сушки и хранения лекарственного сырья? Заготавливать дикорастущие лекарственные растения следует только в экологически чистых местах, вдалеке от железнодорожных и шоссейных магистралей, вне заводских районов. Сбор необходимо производить с учетом тех фаз развития растения, когда используемая часть его (лист, корень и т. д.) содержит максимальное количество действующих веществ. С целью сохранения дикорастущих растений при заготовке необходимо на единицу площади оставлять их в количестве, достаточном для воспроизводства и восстановления зарослей.

Кроме того, нельзя проводить заготовку дикорастущих лекарственных растений из года в год на одном и том же месте. В среднем при сборе надземных частей растений

перерыв должен составлять не меньше 2–3 лет, а при заготовке подземных органов перерыв увеличивается в 2 раза.

При заготовке ягод, плодов, цветков кустарников и деревьев нельзя обламывать ветки. Только при сборе почек березы и соплодий ольхи разрешается срезать ветки с деревьев в специально отведенных местах. Почки березы после сушки обмолачиваются, а соплодия ольхи обрываются вручную. При заготовке почек сосны разрешается срезать очень небольшую часть стебля (не более 3 мм), и то только с боковых ветвей.

Сведения по календарным срокам сбора, некоторым особенностям сбора, условиям сушки, срокам хранения некоторых видов лекарственного растительного сырья приведены в таблице.

Во всех сомнительных случаях во избежание ошибок следует обращаться за консультацией к специалисту. Рекомендуем также справочные пособия «Лекарственное растительное сырье и препараты» М. А. Кузнецовой (М.: Высшая школа, 1987) и «Правила сбора и сушки лекарственных растений» (М.: Медицина, 1985).

Хотя в таблице указаны сроки хранения отдельных видов лекарственного растительного сырья, советуем при самостоятельной заготовке в небольших количествах не создавать запасов сырья, переходящих из года в год, а ежегодно обновлять их. При хранении лекарственного растительного сырья в домашних условиях не следует помещать его на кухне в теплом месте — там сырье будет пересыхать. Холодильник тоже неподходящее место для хранения. Лучше всего выделить для хранения запасов лекарственного растительного сырья отдельный деревянный шкафчик в сухой, хорошо проветриваемой комнате.

Сырье помещают в бумажные пакеты, а эфиромасличное, которое положено хранить отдельно от других видов сырья (листья перечной, корень валерианы лекарственной и др.), лучше поместить в стеклянные банки с завинчивающимися крышками. Пакеты и банки с лекарственным растительным сырьем должны обязательно снабжаться этикетками с указанием наименования (например: «Лист мяты перечной», «Трава зверобоя продырявленного» и т. п.) и года заготовки.

Как определить самостоятельно качество лекарственного растительного сырья, хотя бы по чисто внешним признакам, как правильно приготовить из него настой и отвары в домашних условиях, — об этом будет рассказано в следующих выпусках.

ПРАВИЛА СБОРА, СУШКИ, ХРАНЕНИЯ

Сроки хранения (в)	Условия сушки*	Особенности сбора	Календарные сроки заготовки	Вид лекарственного сырья	Примечания
--------------------	----------------	-------------------	-----------------------------	--------------------------	------------

ПРАВИЛА СБОРА, СУШКИ, ХРАНЕНИЯ

Вид лекарственного сырья	Календарные сроки заготовки	Особенности сбора	Условия сушки*	Сроки хранения (в годах)	Примечания
Кора калины	Весной, в период сокращения до распускания почек	При заготовке коры калины делают полукольцевые надрезы и два продольных (кольцевых) надреза, нельзя ни в коем случае, иначе растение погибнет). Куски коры длиной около 20 см	Сушка проводится на открытом воздухе под навесом или в сушилках при температуре 50—60 °C	4	
Корень алтея	Осенью после высухания надземной части	После очистки от земли (корни не мыть!) подвяливают на воздухе 2—3 дня	На стеллажах тканевых или сетчатых при 45—50 °, с хорошей вентиляцией	3	При заготовке 30% растений необходимо оставлять для возобновления зарослей
Корень одуванчика	Весной в начале вегетации надземной части или осенью	После обрезания надземной части и боковых побегов корни моют в холодной воде и подвяливают на воздухе несколько дней до прекращения выделения млечного сока	В хорошо проветриваемом помещении или в сушилке при 40—50 °	5	
Корень шавеля конского	Осенью после отмирания надземной части или весной в начале вегетации (апрель—май)	Обрезают надземную часть, моют в холодной воде, подвяливают и режут вдоль	Сушат в помещении с хорошей вентиляцией около недели или в сушилке при 50—60 °	3	
Корни и корневища девясила		Быстро промывают в холодной воде, режут вдоль толстые корни и корневища и подвяливают 2—3 дня	Сушить в теплых хорошо проветриваемых помещениях, при принудительной сушке, температура не должна превышать 40 °	3	
Кукурузные рыльца	В фазе молочной спелости початков		Сушат немедленно в хорошо проветриваемых помещениях или в сушилках при температуре не выше 40 °	3	После сушки оставляют в помещении для самоувлажнения

Продолжение

Вид лекарственного сырья	Календарные сроки заготовки	Особенности сбора	Условия сушки*	Сроки хранения (в годах)	Примечания
Лист брусники	Весной до цветения, осенью в период полного созревания ягод (апрель—май, сентябрь—октябрь) Май—июль	При заготовке обрывать побеги нельзя, листья либо аккуратно обрывают с куста, либо с аккурратно срезанных побегов	Сушат в хорошо проветриваемом помещении или в сушилках при температуре не выше 35—40°	3	Заготовку на одном участке проводят с интервалом в 5—10 лет
Лист крапивы двудомной	Май—июль	Стебли крапивы срезают и через несколько часов обрывают листья. Заготовку проводят в рукавицах	Сушат в хорошо проветриваемом помещении или в сушилках при температуре не выше 40—50°	2	Недопустимы примеси листьев крапивы жгучей и коноплевой
Лист мать-и-мачехи	Первая половина лета (июнь—июль)	Нельзя заготавливать опущенные с обеих сторон листья (молодые) и листья со ржавыми пятнами. Длина черешка не должна превышать 3 см	Сушат на открытом воздухе или в хорошо проветриваемых помещениях, в первые дни листья осторожно ворошат. В сушилках — при 50°	3	
Лист подорожника большого	В период цветения в мае—августе	Хорошо заготавливать листья подорожника после дождя, когда листья обсохнут. Листья обрезают или обрезают	В хорошо проветриваемых помещениях или в сушилках при температуре не выше 50°. Сушку заканчивают, когда черешки при сгибании ломаются	3	На 1 м ² необходимо оставить 1—2 растения. Нельзя путать с другими видами подорожника
Лист толокнянки	Весной до цветения (с мая до середины июня) и осенью после созревания плодов Июль—август	Веточки с листьями срезают ножом и сушат, затем обмолачивают	Сушат под навесом или на чердаке, ежедневно переворачивая. В сушилках — при 50°	5	Заготовку на одном участке проводят с интервалом в 5 лет
Лист трилистника водяного	Июль—август	Собирают развитые листья с остатком корешка (не более 3 см); несколько часов провяливают на воздухе	Сушат в хорошо проветриваемых помещениях, постоянно переворачивая, или в сушилках при 45—50°	2	На одном участке заготовку проводят через 2—3 года
Плод боярышника	В период полной зрелости со второй половины сентября и до заморозков	Собирают щитки боярышника, после сушки плодоножки и другие части отделяют	Сушат на солнце или в сушилках при температуре до 70°	2	

Плоды калины

В период полной зрелости срывают плоды вместе с веточками

При заготовке плодов калины нельзя перекладывать их из одной тары в другую, так как плоды

Сушат в печах, на чердаках, веточки отделяют после высухания плодов. Луч-

При заготовке плодов калины обычн. нельзя

Плоды боярышника	В период полной зрелости со второй половины сентября и до заморозков	Собирают щитки боярышника, после сушки плодоножки и другие части отделяют	Сушат на солнце или в сушилке при температуре до 50°	2	При заготовке плодов калины обычн. нельзя заготавливать плоды других видов (см. текст)
Плоды калины	В период полной зрелости срывают плоды вместе с веточками	При заготовке плодов калины нельзя перекладывать их из одной тары в другую, так как плоды очень нежные и мнутся	Сушат в печках, на чердаках, веточки отделяют после высухания плодов. Лучше всего сушить в сушилках при температуре 60—80 °С	4	При заготовке плодов калины обычн. нельзя заготавливать плоды других видов (см. текст)
Плоды можжевельника обыкновенного	С конца августа до конца октября	При заготовке шишкоягод можжевельника их стряхивают на подстеленную ткань (брезент), трясая ствол рукой в рукавице	Сушка под навесом или в сушилках при температуре не выше 30°	3	При заготовке плодов можжевельника обычн. нельзя заготавливать плоды других видов (см. текст)
Плоды тмина	Июль — август	Стебли тмина срезают, связывают в пучки-снопики и оставляют для дозревания и просушки плодов	Окончательную сушку проводят в помещениях на деревянном полу или брезенте. После сушки плоды обмолачивают	3	Сбор основной части плодов тмина проводится на плантациях
Плоды черемухи	Август — сентябрь	Собирают в сухую погоду утром или вечером	Лучше всего сушить в сушилках при 40—50°	3	
Плоды шиповника	Август — сентябрь	Интервал между сбором и сушкой плодов шиповника должен составлять не более 2 дней	Плоды шиповника лучше всего сушить в сушилках при 80—90°. В этих условиях плоды быстро высыхают и потери витаминов незначительны	2	
Почки березовые	Январь — март. На участках, отведенных лесхозами	Ветки срезают, связывают в пучки и после сушки обмолачивают	Сушат на открытом воздухе или в хорошо проветриваемом помещении около месяца	2	
Почки сосновые	Февраль — март	См. текст	Сушат в помещениях с хорошей вентиляцией, нагревание не допускается, так как ведет к испарению летучих веществ смолы	2	

* Указана температура обезвоживаемого в сушилке сырья.

Вид лекарственного сырья	Календарные сроки заготовки	Особенности сбора	Условия сушки*	Сроки хранения (в годах)	Примечания
Соплодия ольхи срой и клейкой	Осенью и зимой до начала марта	См. текст	В хорошо проветриваемом помещении на чердаках или под навесом	3	Можно заготавливать только соплодия ольхи срой и клейкой
Трава горца птичьего	Все лето, во время цветения	Траву горца птичьего срезают серпом или ножом в сухую погоду	Сушат в помещениях с хорошей вентиляцией или в сушилках при 40—50°	3	
Трава душицы	Июль — август, во время цветения	В сухую погоду срезают верхушки растения длиной до 20 см	Сушат тонким слоем (1 растение) в помещении с хорошей вентиляцией или в сушилках при 40°	1	При сборе нельзя путать с пахучкой обыкновенной: отличие от душицы — неразветвлен стелбель, большее опушение
Трава зверобоя продырявленного	Июнь — август, до появления незрелых плодов	Стебли срезают ножами, длина не более 30 см	Лучше всего сушить в сушилках с искусственным подогревом (40°)	3	При сборе не следует путать с другими видами зверобоя
Трава золототысячника	Во время цветения, июль — август	Растение срезают ножом до прикорневых листьев	Сушить можно на чердаках под железной крышей, но лучше в искусственных сушилках при 40°	3	
Трава пастушьей сумки	Во время цветения, в июне — июле	Срезают траву в сухую погоду	Сушат в хорошо проветриваемом помещении на бумаге или ткани, искусственная сушка при 45°	3	Нельзя путать с яруткой полевой, отличие которой — плодики овальной формы
Трава тысячелистника обыкновенного	Во время цветения, в июне — августе	Верхушки побегов длиной до 15 см срезают или скашивают	Сушат на воздухе или в хорошо проветриваемом помещении тонким (5 см)	2	Недопустима примесь тысячелистника бл.

городного, который имеет густое опушение и несколько стеблей

слоем или в сушилках при 40°

1,5

Сушат тонким слоем на бумаге или полотно в провет-

Траву срезают ножами

Во время цветения,

Трава фиалки трех-

Трава тысячелистника обыкновенного	Во время цветения, в июне — августе	Верхушки побегов длиной до 15 см срезают или скашивают	Сушат на воздухе или в хорошо проветриваемом помещении тонкими слоями (15 см)	2	Недопустима примесь других растений
Трава фиалки трехцветной и полевой	Во время цветения, в мае — июле	Траву срезают ножами	Сушат тонким слоем на бумаге или плотне в проветриваемом помещении или в сушилках при температуре не выше 40°	1,5	городного, который имеет густое опушение и несколько стеблей
Трава череды трехраздельной	Во время бутонизации	Заготавливают побеги (срезают) длиной до 15 см и отдельные листья	Сушат на мешковине или брезенте, ежедневно переворачивая. В сушилках сушат при температуре не выше 35°	2	Недопустима примесь череды поникшей, имеющей не разделенные на доли листья
Соцветия (цветки) боярышника	В самом начале цветения, когда цветки еще не раскрылись	Сбор проводят в сухую погоду. Интервал между сбором и сушкой не должен составлять более 1—2 часов	Сушить лучше в сушилках при 40° или на чердаках с хорошей вентиляцией на тканевой подстилке		Не следует путать с бузиной кистистой, которая имеет красные ягоды
Соцветия (цветки) бузины черной	Июнь—июль, во время цветения	При сборе цветков бузины срезают ножами целые соцветия. После высухания цветки обмолачивают	Сушат тонким слоем (не более 1 см) на бумаге в хорошо вентилируемом помещении; в сушилках при 40—50°	2	
Соцветия (цветки) липы	С середины июня до середины июля — в фазу цветения	В сухую погоду обрывают цветки с прицветниками	Сушат на чердаках с железной крышей или в сушилках при температуре 40°		
Соцветия (цветки) ромашки аптечной	В начале цветения (май—начало июня)	В сухую погоду срывают корзинки с цветоносами (не длиннее 3 см) вручную или с помощью гребенок	Сушат под навесами или на чердаках с хорошей вентиляцией или в сушилках при 40°	1	Ромашку аптечную легко отличить от других ромашек, недопустимых в сырье, по строению цветоложа (полное)
Соцветия (цветки) тысячелистника обыкновенного	Во время цветения, в июне — августе	Срезают цветки с цветоносом не длиннее 2 см	Так же, как и траву тысячелистника	5	То же, что и для травы тысячелистника

* Указана температура обезживаемого в сушилках сырья

Ветеринаризация медицины?

В наше время изготавливается огромное количество лекарств, мировая фармацевтическая промышленность выпускает сотни тысяч (!) различных препаратов.

(А ведь еще в начале нашего столетия медицина была полна предрасудков. К примеру, инфекционные болезни тогда лечили коллоидными растворами: *серебро будто бы исцеляло грипп, олово — туберкулез...*)

Преобразился и внешний облик медицинских учреждений — они все больше начинают походить на научные лаборатории, оборудованные самой новой и разнообразной аппаратурой.

И что же? Лечить стало легче? Постановка диагноза существенным образом упростилась? Стала делом тривиальным? *Как бы не так!*

Сложилась парадоксальная ситуация. Если раньше, послушав и осмотрев больного, врач — доктор старого типа, со стетоскопом в руках — довольно скоро мог сделать тот или иной вывод (*хотя часто и весьма приблизительный*), то теперь положение сильно изменилось.

Теперь врач проводит ряд необходимых (без этого лучше и не начинать) исследований, затем направляет больного к нескольким другим, более узким специалистам... Попав в руки такого врача — «диспетчера», заболевший — а чувствует он себя прескверно! — вынужден лихорадочно спешить из лаборатории в лабораторию, от консультанта к консультанту...

На больного работает подчас самая совершенная аппаратура, а легче ему от этого не становится. Процесс постановки диагноза нередко длится неделями, но ясность порой так и не наступает.

Дистанция между больным и врачом все увеличивается. И происходит это потому, что вместо старого принципа «врач — больной» все больше начинает работать другой принцип «врач — прибор — больной».

Беда еще и в том, что за изучением структуры и функций организма на мо-

лекулярном и субмолекулярном уровне врач-исследователь перестает иметь дело с самими явлениями и процессами. Ему доступны лишь их отражения — в виде кривых, волн и прочих показаний приборов. По мере роста медицинских знаний о человеке поневоле увеличивается роль абстрактно-логического мышления. Былая натуральная наглядность теряется. И это также все более отдаляет врача от больного.

Индустриализация и технизация медицины, ее дробление на специальности, рост удельного веса научных знаний в ней приводят к тому, что медицина перестает быть искусством. Практически исчезает старый тип так называемого земского врача, врача-универсала, который видел больного прежде всего как личность, как отдельный целостный «слиток» природы. И в неразрывной связи (Гиппократ) с окружающими его обстоятельствами и условиями.

Сами медики сознаются, что ныне врач за симптомами потерял больного, что происходит настоящая ветеринаризация медицины.

Больное животное, которое пользуется ветеринар, не личность, а лишь особь, отличающаяся от своих собратьев полом, возрастом да, может быть, упитанностью. *Человек же всегда личность.* Но внутренний мир человека, его индивидуальные особенности невозможно наблюдать непосредственно, как, допустим, под микроскопом болезнетворную бактерию. Они не отражаются на рентгенограммах, энцефалограммах и других полученных с помощью приборов показателях!

А потому — никто не винит врачей, они делают все, что могут! — человек как целое все больше и больше становится потерянным для медицины.

Ю. ЧИРКОВ

ФЕНОЛ

Продол
теме «Взгл
ра — сегод
и № 2/89
наследстве
сунок руки
был показ
сящихся к
обсуждала
и оккультн
знаки, кот
тающие ру
принципи

Различ
на следую
ли на лист
нитных сй
узорам
тому, что
будут рас
листа. И
ность этих
сказывает
ний Андре

ОЧЕВИД
ПАЛЬЦЕ

Не бу
нужды кр
венно ант
критериев
пальцев р
лее ранни
ческой, о
Френсису
ровавшем
ланд Ярд
ником по
чаткам п
Затем
для нужд
И с кон
нынешней
кации ти
фалангах
ля, Уэта
го и дру
лог М. Р
следоват
различав
арки — А
диальны
ные на в
Касан
суика с

Продолжаем публикацию материалов по теме «Взгляд на кожный рисунок руки: вчера — сегодня». В опубликованных в № 1/89 и № 2/89 статьях («Кожный рисунок руки: наследственность и здоровье», «Кожный рисунок руки: примечательные параллели») был показан целый ряд феноменов, относящихся к ладонным линиям и бороздам, обсуждалась их интерпретация — научная и оккультная. Выяснилось, что явления-признаки, которые различают хироманты, «читающие руку», и ученые-дерматоглифологи, принципиально различны.

Различие это можно продемонстрировать на следующем чисто условном примере. Если на листе бумаги рисунок, скажем, магнитных силовых линий уподобить кожным узорам (дерматоглифам), то аналогией тому, что рассматривается хиромантами, будут расправленные складки скомканного листа. И все же в чем практическая ценность этих диагностических подходов? Рассказывает кандидат медицинских наук Евгений Андреевич ТРЕПАКОВ.

ОЧЕВИДНЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВА ПАЛЬЦЕВ РУК?

Не будет преувеличением сказать, что нужды криминалистики раньше, чем собственно антропологии, ускорили разработку критериев для суждений о кожном рисунке пальцев рук. Известно, что одна из наиболее ранних классификаций, ставшая классической, обязана своим появлением доктору Френсису Гальтону, впервые продемонстрировавшему лондонской полиции — Скотланд Ярд — возможность следить за преступником по оставленным «невидимым» отпечаткам пальцев его рук.

Затем типология эта была приспособлена для нужд антропологических исследований. И с конца XIX века и на протяжении нынешнего получили известность классификации типов кожного узора (на концевых фалангах пальцев) Гальтона—Генри, Полля, Уэта, Эльдертона, Левена, Мейровского и других, о которых сообщает антрополог М. Волоцкий (1937). Здесь мы будем следовать системе Гальтона—Генри (1903), различавших в пальцевых узорах дуги (или арки — A), петли (ульнарные — U и радиальные — R), завитки (W), представленные на иллюстрации.

Касаясь связи тех или иных типов рисунка с риском наследственных заболева-

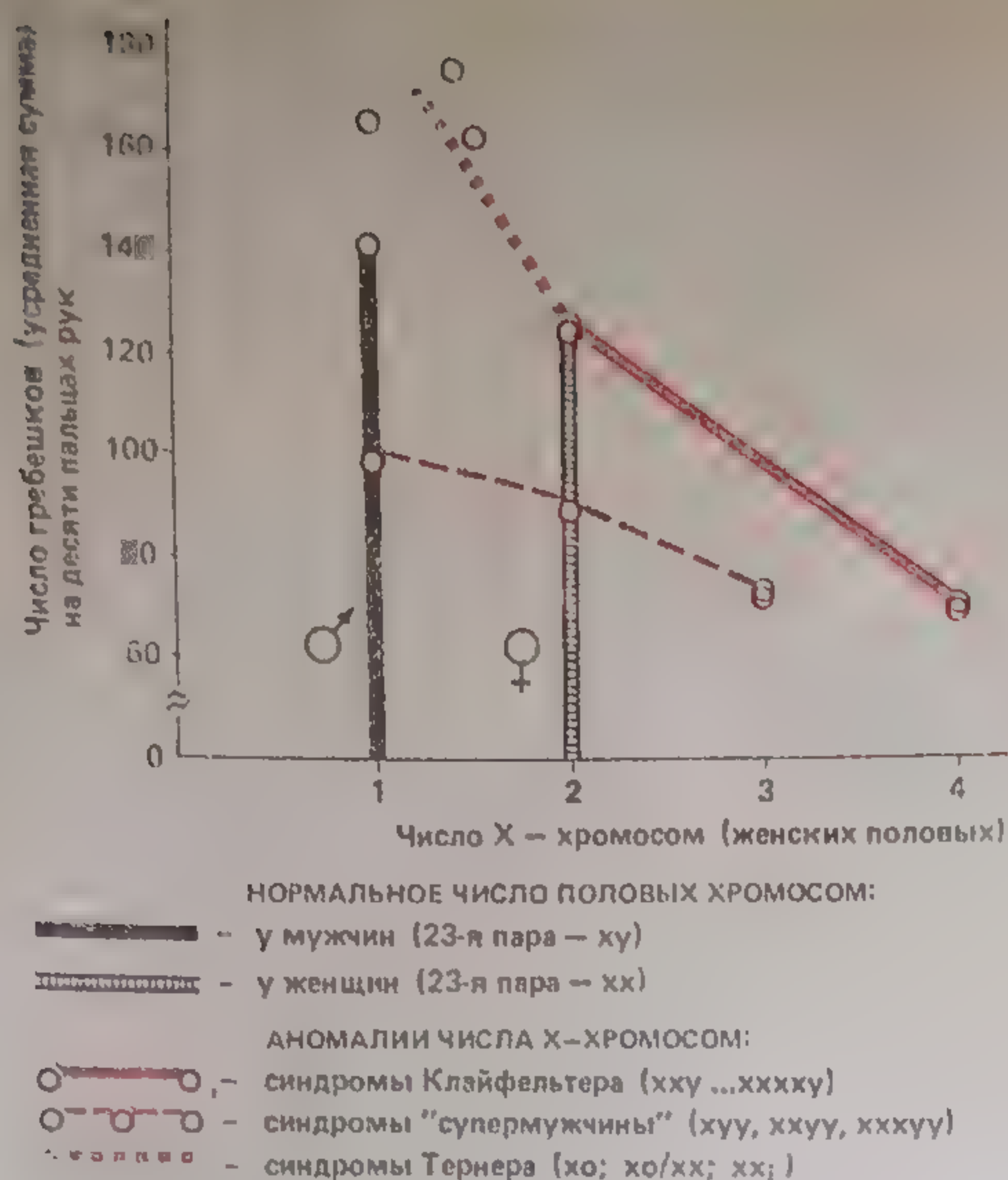
ний, можно сказать, что в настоящее время имеются основания считать дерматоглифические редкости свидетельством (признаками) возможных генетических нарушений. Речь идет о типах узоров, которые встречаются исключительно редко в популяциях людей.

Что же известно о частоте появления отдельных типов кожного узора? Оказывается, она достаточно заметно отличается у разных групп населения, а также среди мужчин и женщин. Например, арки (дуги) выявляются у 5%, петли — у 60%, а завитки — у 35% обследованных (в среднем) в популяциях в странах Европы (Д. МакМагон, 1975). В кожном узоре концевых фаланг пальцев чаще наблюдаются арки и реже завитки — у женщин, а у мужчин наоборот, что свидетельствует о проявлениях половых различий в типах узоров.

Известно и то, что тот или иной тип узора чаще встречается на определенном пальце. Радиальные петли, например, только на 2-м (указательном пальце), а исключительно редко — на 1-м (большом) и 5-м (мизинце). Как и радиальные петли, арки встречаются обычно редко. Чаще на 2-м пальце, а все реже и реже соответственно на 3-м, 4-м и 1-м пальцах, наконец, исключительно редко на 5-м. С такими фактами прямо сопоставимы, например, данные Г. Золтана (1965), показавшего, что у пациентов с болезнью Дауна радиальные петли встречаются на 4-м и 5-м пальцах, причем при транслокационной форме аномалий хромосом (скажем, склеивание в их паре) этот тип узора наблюдается в 6 раз реже, чем при трисомии (наличии лишней хромосомы).

Иными словами, частота появления определенного типа узора на том или ином пальце может, по-видимому, свидетельствовать и о том, какой вид аномалии хромосом обусловил болезнь Дауна, в конкретном случае у пациента. А это значит, что с помощью дерматоглифического метода возможен скрининг — тестирование с целью раннего выявления групп риска отягощенности той или иной наследственной болезнью.

С этой целью возможно использовать не только качественные критерии, каковыми являются типы узоров, но и количественные, к которым прежде всего относится так называемый гребешковый счет. Гребешками называют видимую ребристость кожи, которую удобнее рассматривать под лупой: они располагаются наподобие магнитных силовых линий в известном каждому школьном опыте, в котором подобный (условно говоря) рисунок образуется с помощью магнита и металлического порошка, насыпанного на лист бумаги. Так вот, подсчет числа (количества) таких линий аналогичен гребешковому счету, то есть подсчету числа гребешков в узоре.



Подсчитывается в узоре число гребешков, пересеченных или же соприкасающихся с отрезком прямой, проведенной от центра дельты (триадиуса) до центра узора (типа петли или завитка). На иллюстрации дельта-триадиус обведена кружком, а стрелка указывает на центр ее. Центром же узора принято считать точку, вокруг которой оборот линии гребешка составляет 180° и более. Что касается бездельтовых (отсутствие триадиуса) узоров, скажем, типа арки, то гребешковый счет здесь, естественно, равен нулю. На петлях (однодельтовый узор) и завитках (двудельтовый) гребешковый счет колеблется в широких пределах. В узорах типа завитка из двух возможных подсчетов (от каждой из двух дельт) берется наибольший результат. Общим гребешковым счетом называется сумма подсчета в узорах на всех десяти пальцах рук.

Примечательно, что в норме общий гребешковый счет выше у мужчин — от 130 до 150 (в среднем 145), чем у женщин, — от 110 до 135 (в среднем 125). Каковы же закономерности, коррелирующие с наследственными заболеваниями?

Как известно, генетики установили, что у женщин половые хромосомы (23-я пара) представлены двумя одинаковыми X-хромосомами, а у мужчин — двумя разными: X-хромосомой (доставшейся от матери) и Y-хромосомой (полученной от отца). Оказалось, что нарушения (аномалии) хромосом 23-й пары приводят к целому ряду аномалий развития (в частности, половых органов и др.), к расстройствам функций органов и систем, к изменениям в психике (например, слабоумие, агрессивность).

Это и качественные изменения в системе половых хромосом (кольцевая хромосома, инверсии, делеции и др.), и количественные (изменения их числа). Если у пациентов с синдромом Тернера не хватает одной половой хромосомы, то, наоборот, патологическое увеличение их числа наблюдается, например, при синдроме Клайнфельтера, у «суперженщины» (три X-хромосомы), у «супермужчины» (XYY).

Теперь же выявлены и дерматоглифические особенности у таких больных, обусловленные, по-видимому, нарушением числа X-хромосом (женских половых). Так, если у пациентов с синдромом Тернера (отсутствие одной X-хромосомы) наблюдается наибольший общий гребешковый счет в узорах пальцев рук, то, как видно из приведенной схемы (Л. Альтер, 1965), чем больше число половых X-хромосом, тем ниже гребешковый счет.

Дерматоглифические исследования позволили установить и зависимость между типом кожного узора и гребешковым счетом.

Так, меньшие величины общего гребешкового счета обусловлены наличием арок (счет равен нулю), малых петель (большой гребешковый счет равен нулю). Высокие величины общего гребешкового счета связаны с наличием завитков и больших петель. Они могут превышать нормальные значения у мужчин и женщин, что свидетельствует о крайней редкости такого явления. И действительно, определенное распределение различных типов узоров на концевых фалангах пальцев, как было замечено выше, коррелирует с появлением рассмотренных наследственных болезней.

Об этом свидетельствуют и приведенные на иллюстрации отпечатки ладоней и пальцев рук 15-летнего юноши с отклонением в психике — агрессивностью (совершил убийство). Помимо наличия варианта четырехпальцевой борозды на кожном рисунке ладони (о которой было рассказано в предыдущей статье), дерматоглифическое исследование выявило преобладание ульнарных петель (7 из 10) в узорах концевых фаланг, остальные относились к типу завитков. У больного генетики обнаружили лишнюю мужскую хромосому («супермужчина» — 47 XYY означает, что вместо одной имеется сразу две Y-хромосомы, и таким образом всего хромосом на одну больше, то есть 47).

Кожные узоры средней и основной (ближней к ладони) фаланг пальцев малоизучены, и среди дерматоглифологов нет единства по вопросу их типизации и значимости в качестве клинического теста на риск отягощенности наследственной заболеваемостью.

Теперь же обратимся к вопросу о том, **внешние признаки, относящиеся к состоянию здоровья и психологической характеристике индивидуума, выявляются в «чтении руки» — хиромантии**, когда речь идет о пальцах рук.

В руководствах по хиромантии (в *хирогномии* — учении о форме руки) принято фаланги пальцев именовать *суставами*, а суставы — *узлами*. При этом пальцы руки получили названия планет, которые, согласно астрологическим представлениям, влияют на судьбу человека, характер и предрасположенность его к болезням (*планетная номенклатура представлена на иллюстрации*).

Что касается *каббалистических* в своей основе названий «суставов» пальцев, в них символически отражена *идея тройственности мироздания*: как и всей Вселенной, человеку присуще духовное, астральное и материальное (физическое). И если выраженность духовного (идеального, спиритуального) начала находит свое отражение в *ногтевом суставе*, а рассудочного (астрального) — в *среднем*, то материальное (земное, физическое), познаваемое при помощи органов чувств, — в *нижнем (основном) суставе*. О преобладании какого-либо из трех начал в человеке и судят по наибольшему развитию одного из суставов. Вероятно, сегодня средневековые каббалисты говорили бы о человеке идеи, слова и дела.

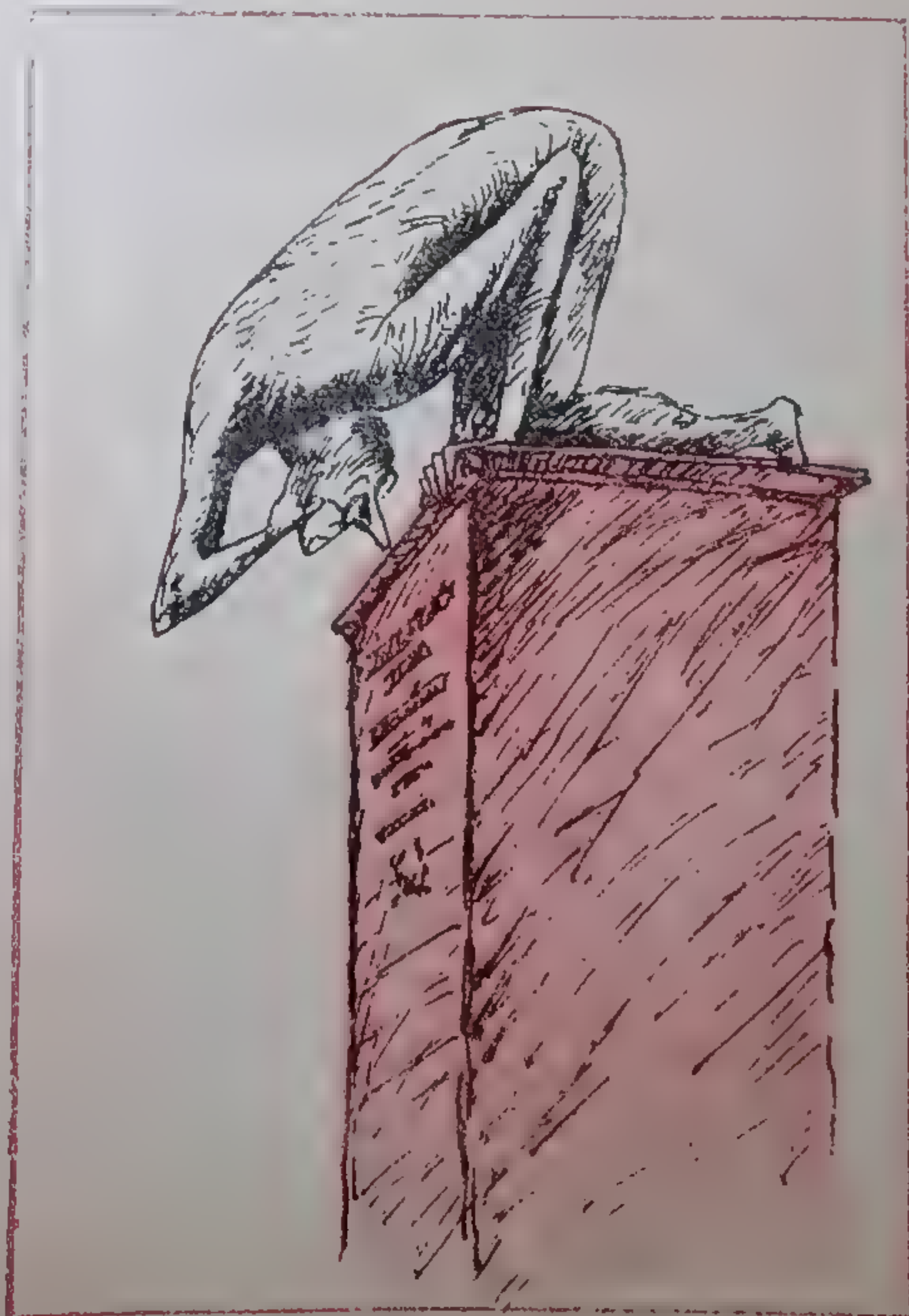
В хирогномии рассматриваются в основном *три типа пальцев по форме их ногтевого сустава*: лопатообразный (расширение к вершине), четырехугольный, или угловатый (прямоугольный), и остроконечный, или конический (сужение к вершине). Выраженность «узла», соединяющего *ногтевой сустав* со следующим, свидетельствует о склонности к систематичности мышления, логичности (дух порядка), в то время как следующий «узел» характеризует любовь к порядку в житейском смысле, доходящую порой до педантизма в мелочах у людей, поражающих нелогичностью своего мышления.

Чтобы представить себе суть подобных интерпретаций, обратимся к одному из хирогномических руководств — книге Гр. Ф-та «Как узнать характер человека» (изд. 4-е, *Полезная библиотека*. — Спб., 1910), выделяя в ней то, что относится к вопросам здоровья.

Лопатообразные пальцы указывают на преобладание страстей над умом, когда на вещи смотрят более утилитарно люди с врожденным пониманием всего материального, с поистине инстинктивным знанием практической жизни, с уважением к физической силе и почти бессознательным отвращением

к теоретизированию, будь то философия или чистая поэзия. При этом *гладкие пальцы* могут свидетельствовать о быстрой способности усваивать ремесла и прикладные знания, механические искусства, руководствуясь чувственным познанием, инстинктом и страстью. Если же пальцы *узловатые*, мотивами человека становятся суждения, расчет, взвешивание всех за и против, их вероятности. Имея хорошие способности к инженерным и военным наукам, все же такой человек к чистой математике и тактике особых склонностей не выкажет.

Четырехугольные пальцы характеризуют предпочтение точности и совершенства вещей их величине и красоте, стремление скорее руководствоваться теоретическими рассуждениями, нежели действовать — импульсивно или на основании расчета. И хотя склонность к философскому мышлению, интерес к занятиям общественными науками и театральным искусством, наконец, общедоступными формами полезного и практического несомненны, мысли обладателя таких пальцев никогда не достигают поэтически высокого при всей его плодовитости в науках, точных искусствах и литературе. Если пальцы такие *гладкие*, человек может любить литературу ради ее самой, подчас необдуманно; напротив, *узловатые* характеризуют стремление действовать только после зрелого размышления.



На этом кончаются материализм, неравнодушные к материальным выгодам и склонность ко всему реальному — люди с *остроконечными* и *конически заостренными пальцами* отличаются идеализмом, им соответственно свойственны понимание прекрасного и дар познавать истину (а потому и любовь к поэзии, религии, философии — ко всему возвышенному), пишет автор, и продолжает, говоря, что если *узловатость таких пальцев* свидетельствует о способности преклонения перед всем прекрасным, по существу, перед идейной красотой, при всей любви и к красоте форм, то *гладкость* характеризует скорее увлечение красотой в наружных формах, далекое от напряженной умственной работы. И если обладатели *узловатых пальцев*, способные решать самые запутанные вопросы, отличаются потребностью в религиозной, социальной и политической свободе, склонны к демократизму, то *гладкие остроконечные пальцы* свидетельствуют о склонности к романтизму, о потребности в общественной независимости, в любви и бесконечном желании свободы.

Среди свидетельств такого рода в разных руководствах отмечается, что независимость суждений означает и *наличие выраженного расстояния* между пальцами Юпитера и Сатурна, а такой же признак между пальцами Солнца и Меркурия говорит о предрасположенности к независимости в действиях. Если палец Солнца *плотно прилегает* к пальцу Сатурна, это может означать скрытность натуры, а *наклон развитого пальца Меркурия к пальцу Солнца* — значительно выраженную способность к предпринимательству.

Так или иначе, но за пальцем Юпитера признаются амбиции, честолюбие, власть; за пальцем Сатурна — любознательность, самоанализ, глубокая вдумчивость; за пальцем Солнца (Аполлона) — таланты, искусство, радость жизни, популярность, а за пальцем Меркурия — ловкость в делах, организационные и коммерческие способности, стремление к науке, самостоятельности.

Что касается непосредственной связи со здоровьем, примечательно, что редко встречающийся *лопатообразный* палец Юпитера указывает на болезненность в исканиях в области религии и мистики, а *толстый* (сравнительно с другими) палец Сатурна, *тяжелый на вид*, свидетельствует о тяжести внутренних переживаний и на меланхолию, душевный разлад. Если человек преодолел в своей жизни эту тяжесть переживаний, то он положительно и ярко выделяется из среды окружающих, считает В. А. Вреде (1927), замечая, что такой палец Сатурна ясно виден на большинстве фотографий



основательницы теософского учения Е. П. Блаватской.

Считается, что палец Меркурия ни в коем случае не должен производить *слабого (неразвитого)* впечатления: *при длинном ногте* это признак дегенерации, *при коротком* — слабого здоровья. *Искривленный мизинец* у мужчины указывает на предрасположение к половой слабости (также и характерологически — к импотенции духовной), у женщины же это часто признак неправильного положения матки, а *очень сильное искривление пальца* показывает, что такое явление может оказаться и угрозой аномалии.

Большой палец руки в хирогномии рассматривается отдельно, ибо характеризует то, что означает «я сам», — индивидуальность, развитие жизненных сил.

Гармония индивидуальности покоится на уравновешенности трех ее составляющих: *воля (инициатива), логика (рассудочное мышление), сила чувств (осуществление намерений)*, о развитости которых судят по длине соответствующих «суставов» (фаланг). На иллюстрации приведены основные

хиромические типы большого пальца, в которых рассматриваются форма и гибкость (в естественных движениях) суставов воли и логики, соотношения их размеров, узловатость. При этом, если вершина большого пальца достигает середины нижней фаланги указательного (все пальцы сомкнуты), говорят о нормальной его длине.

Булавовидный большой палец с шарообразным суставом воли свидетельствует об опасности перерождения настойчивости в упрямство, противоречащее логике, подверженности острому раздражению, вспышкам ярости, склонности к аффектам, деспотизму, насильственным действиям. Такие тенденции, в зависимости от сочетания булавовидности с другими признаками, могут быть выражены по-разному, усиливаться или ослабляться.

Напротив, изогнутый (в профиле) сустав воли и его гибкость указывают на терпимость к слабостям и проступкам других. Однако обладатель гибкого большого пальца не склонен пресекать зло, помогать ближнему ценою собственного спокойствия, не любит ссор, щедр на посулы, легко входит в новую обстановку, работу, пользуется успехом среди знакомых.

Обычно талия на суставе логики считается признаком способностей дипломатических в житейском смысле: тактичности, выдержанности, обходительности, умения вживаться в ситуацию, ладить с окружающими. Отнюдь это не мягкость характера, как и в случае прямого большого пальца, указывающего на откровенность высказываний, напористость, даже несдержанность и бесцеремонность его обладателя, нередко выступающего зачинщиком конфликта. Прямой, негибкий палец свидетельствует о склонности к консерватизму, осторожности, стремлении защитить себя от обмана.

Мужчину с коротким большим пальцем характеризуют легкомыслие, влюбчивость, нерешительность, боязнь самостоятельности в решении, а если палец толстый и бесформенный, то и вульгарность, недалекость в мышлении, в то время как длинный, хорошо сформированный палец указывает на сдержанность в проявлении чувств, ясность понимания, развитость в сфере ума, идей, стремление руководствоваться рассудком, убеждениями. Крупный большой палец на женской руке — признак доминирования ума и рассудка над чувствами, при этом гладкие пальцы говорят о воображении, проницательности. С лапатообразными пальцами — это добрые, сметливые, преданные хозяйки, а пальцы с признаками прямолинейности, негибкости указывают на деспотизм, черствость.

Напротив, чувственность преобладает над умом у женщины с коротким большим пальцем: нравиться для них означает все. Такой палец на руке с заостренными пальцами указывает на увлекающуюся, а часто и набожную натуру.

Какими бы своеобразными ни были хиромические суждения, практическая медицина с древнейших времен уделяла и уделяет внимание диагностическим признакам, связанным с состоянием пальцев рук. В наше время клиницисты рассматривают короткие, деформированные, сросшиеся пальцы и другие виды уродств как признаки определенных наследственных заболеваний и врожденных пороков развития. Практикующие врачи давно отметили, что особенно на левой руке слабо развитый, деформированный (изогнутый в сторону) мизинец наблюдается у лиц, страдающих заболеваниями сердца и крупных кровеносных сосудов.

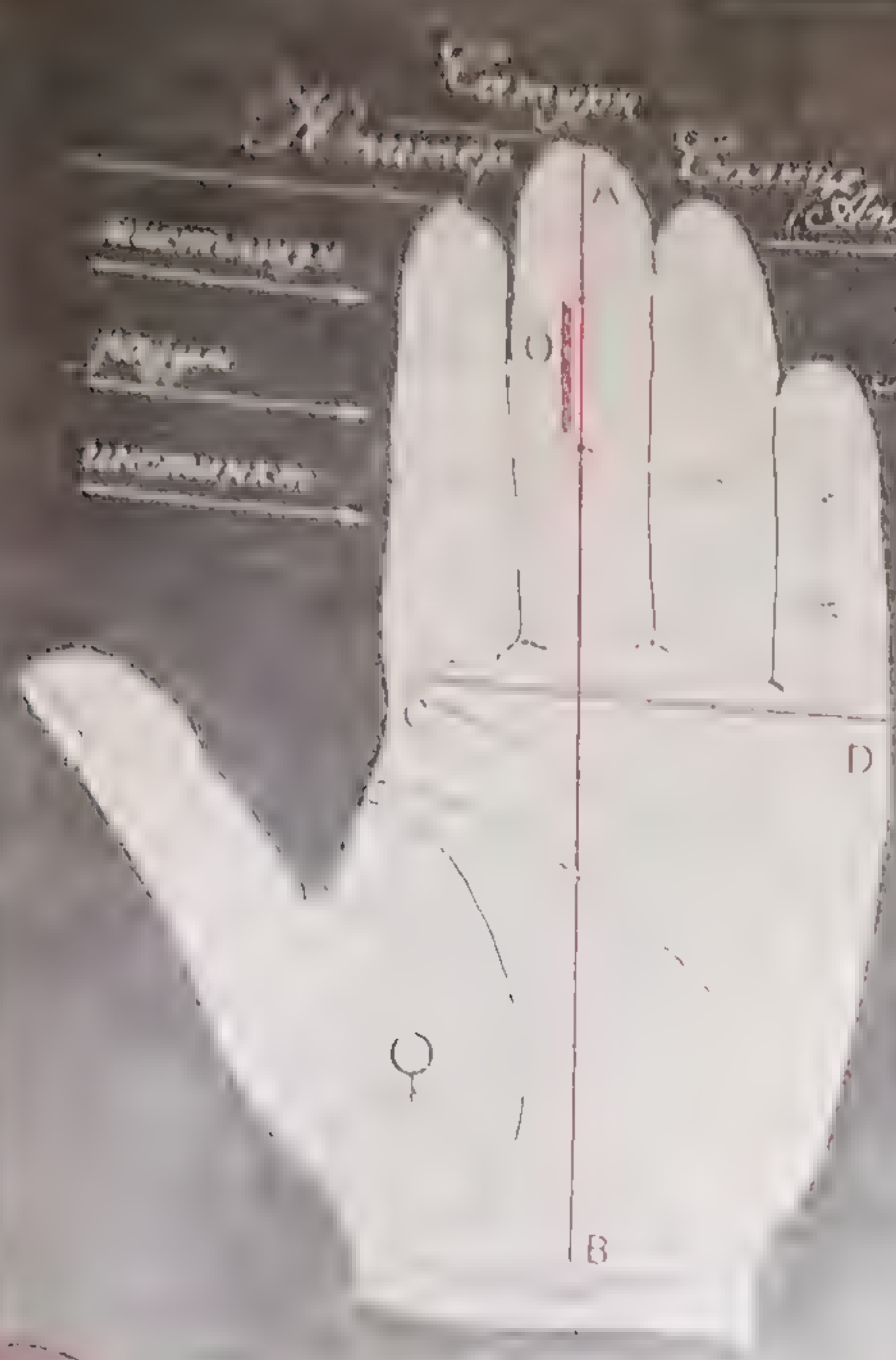
Известен и такой диагностический признак при заболеваниях легких (бронхоэктатическая болезнь) и некоторых пороках сердца, как «барабанные палочки», — расширяющиеся к концу ногтевые фаланги пальцев с особой, выпуклой формой ногтей. Между тем известны и попытки систематизировать данные о связи состояния ногтевых пластинок и распространенными заболеваниями внутренних органов. На схеме и в таблице приведена система так называемой ногтевой диагностики Г. Шиннера (1925).

Состояние пальцев рук имеет не только диагностическое, но и терапевтическое значение. По свидетельству Е. Вельхова и В. Никифорова (Основы клинической рефлексологии. — М., 1984), на жизненно важные системы и органы человека благотворно влияет сильный массаж от основания до кончиков пальцев (по боковым и переднезадней поверхностям). Это упражнение «сильная рука» заимствовано из силовой йоги.

Так же и в системе японского точечного массажа *шиацу* занимает важное место массаж пальцев. Было установлено эмпирически, что, создавая известную силу и эластичность пальцам руки, такой массаж в то же время оказывает стимулирующее действие как на отдельные органы, так и на организм в целом. В частности, при массаже большого пальца улучшается деятельность головного мозга, указательного — желудка, среднего — кишечника, безымянного — печени, мизинца — сердца. Об оккультном и научном (медицинском) взглядах на удивительные свойства рук и пойдет речь в следующем выпуске.

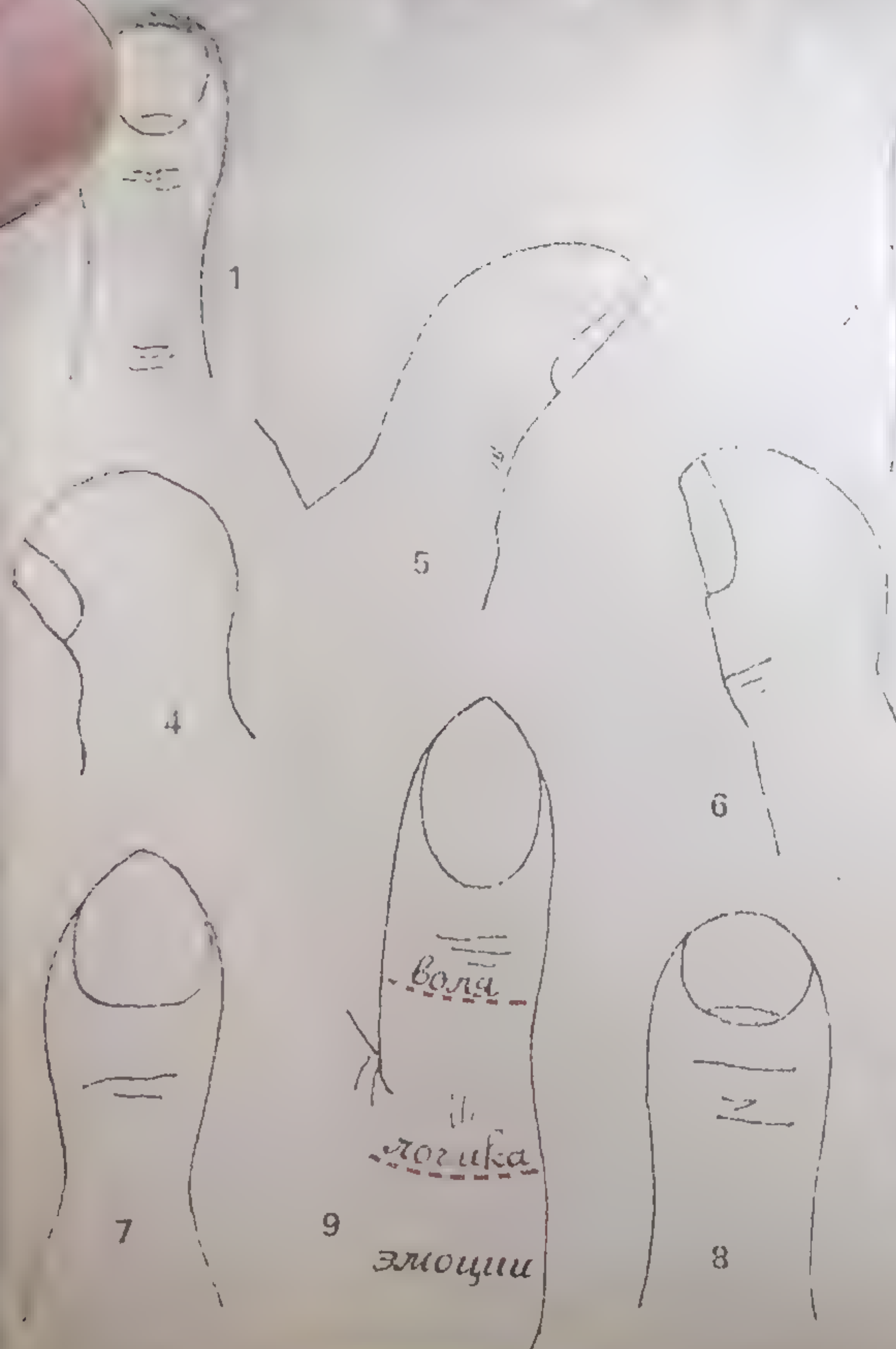
ВЗГЛЯД

НА КОЖНЫЙ РИСУНОК РУКИ



Пропорциональная рука: продольный (AB) и поперечный (CD) размеры относятся как 9:4. Единица измерения (B) - средняя фаланга пальца.

ХИРОГНОМИЯ



Хиросгномические типы пальцев: лопатовидный (1); квадратный /четырёхугольный/ (2); остроконечный (3);

большие пальцы: булавовидный (4), изогнутый (5), негибкий (6), с талией (7), прямой (8), суставы большого пальца (9).

ВЧЕРА

Отпечатки хромосом с нарушениями

СЕГОДНЯ

W

A

ДЕРМАТОГЛИФИКА

U

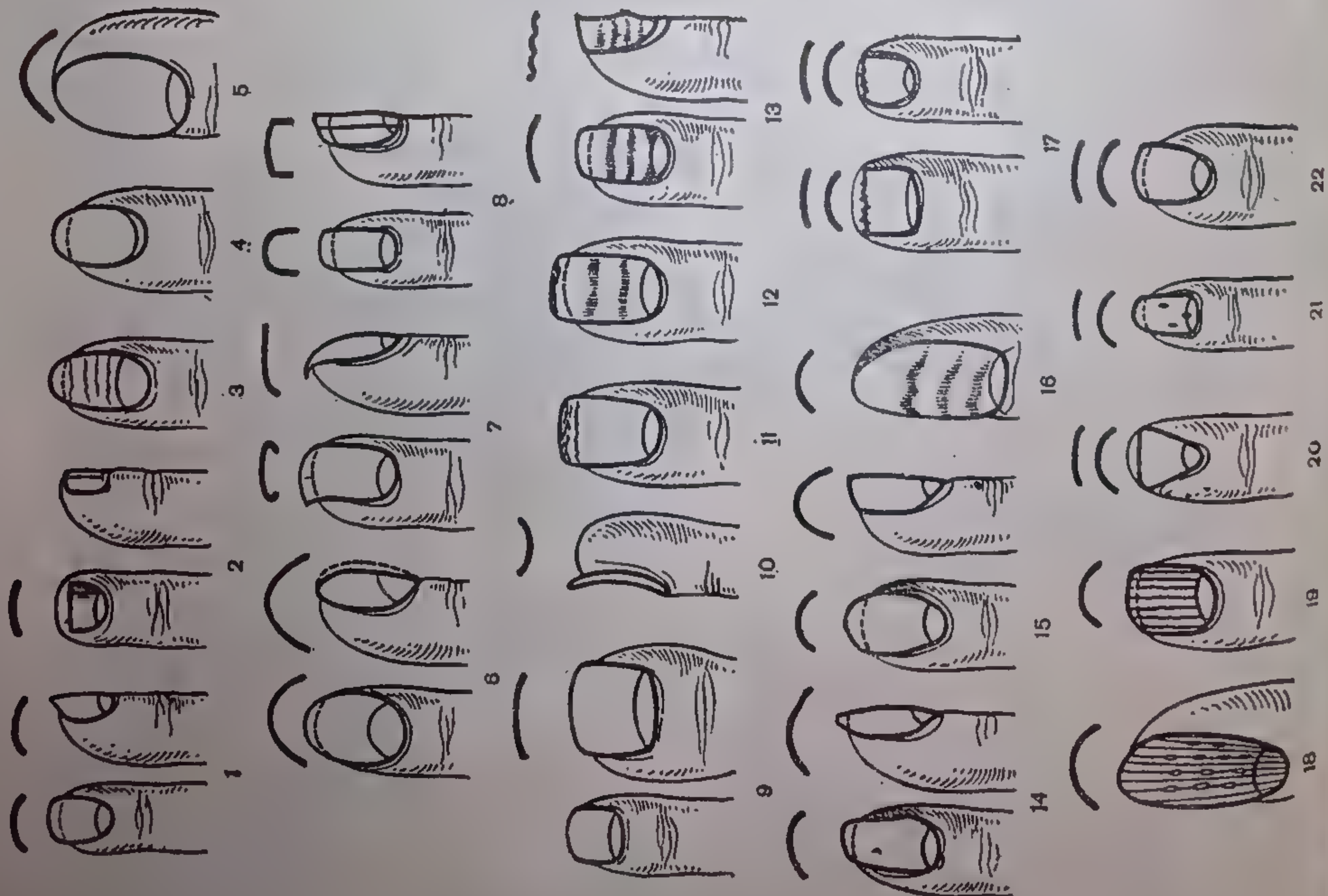
Пальцевые узоры:
 тип А — арка (дуга)
 тип U — петля (ульнарная)
 тип W — завиток (кружком обозначен трирадиус-дельта, стрелка указывает на центр ее, линией обозначен счет гребешков)

W

Отпечатки рук пациента (15 лет) с аномалией числа половых хромосом („сверхмужчина“ обладатель двух Y — хромосом), с нарушениями психики, совершившего убийство (агрессивен)



№ п/п	Описание ногтя	Сопоставление
1.	Нормальная форма	Практически здоров
2.	Короткий, плоский	Органические заболевания сердца
3.	Большой размер полу- месяца	Тахикардия
4.	Отсутствие полумесяца	Невроз сердца
5.	Большой выпуклый	Туберкулез легких
6.	Выпуклый с большим полумесяцем	Врожденная форма тубер- кулеза
7.	Плоский искривленный	Бронхиальная астма, брон- хит (врожденные формы)
8.	Трубовидный высокий	Рак
9.	Булавовидная ногтевая фаланга	Врожденные формы психи- ческих нарушений, жесто- кость, агрессивность, бе- шенство
10.	Вогнутый	Наследственные формы ал- коголизма
11.	Сплюсненно-раздво- ленный	Глистная инвазия
12.	Ломкие желобки	Отложение извести
13.	Шлаковые (солевые) слон	Острые заболевания желу- дочно-кишечного тракта
14.	Удлиненный	Сахарный диабет
15.	Ноготь безымянного пальца в виде полукруга	Патология почек
16.	Миндалевидные про- жилки (волны)	Ревматизм, тиф
17.	Обгрызанный	Неврозы, гастриты, поло- вые дисфункции у женщин
18.	Полоски и вкрапления	Заболевания селезенки и тонкой кишки
19.	Полоски	Заболевания кишечника
20.	Треугольный	Заболевания позвоночника и спинного мозга
21.	Дырчатый	Патология селезенки
22.	Плоский с возвышением на указательном пальце	Патология селезенки



НА

За
наук
сееви

БОК

На

Довер
роком
сии и
людьм
крайн
весь п
ловека
риаль
логиче

На

верия
моуби
нию, к
А к ни
потому
Телеф

служб
что обр
же ког
подае
моуби
тот, у
туда н

Мы

убийст
психот
до ран
огром
А. Г. А
для вс
тать с
только

Воз

женщи
вается
женщи
не мен
моей п
лучше
катору
(разве

ночи с
торого
лодого

Соб
основ
всячес
нами, л
важна

НАШ СЕМИНАР

Занятие ведет кандидат медицинских наук врач-психотерапевт Александр Моисеевич **ПОЛЕЕВ**

БОКРУГ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Начнем с того, что к нам по Телефону Доверия обращаются люди по самому широкому кругу вопросов: от выбора профессии и призвания, конфликта с близкими людьми и даже производственного — до крайних состояний. Мы ориентированы на весь широкий круг того, что беспокоит человека, за исключением, конечно, материальных проблем. Это широкий круг психологических проблем личности.

На Западе же некоторые Телефоны Доверия подают себя как линии помощи самоубийцам, и они просят не загружать линию, когда к ним обращаются не «по делу». А к ним в таких случаях и не обращаются, потому что, если, например, французский Телефон Доверия подает себя как SOS-служба (так он называется), то понятно, что обращаться стоит, только если SOS. Или же когда Телефон Доверия в Лос-Анджелесе подает себя как центр предупреждения самоубийств — горячая линия, понятно, что тот, у кого еще нет мысли о самоубийстве, туда не позвонит.

Мы считаем, что профилактику самоубийств и вообще пограничных расстройств, психотравм можно и нужно начинать гораздо раньше. Поэтому (и надо сказать, в этом огромная заслуга прежде всего профессора А. Г. Амбрумовой) у нас Телефон Доверия — для всех нуждающихся, и мы можем работать с людьми, у которых проблемы лишь только возникли.

Возьмем случай из практики: звонила женщина, у которой дочь допоздна засиживается в гостях у молодого человека. Это женщина сильная, самостоятельная. Но тем не менее мы с ней 3,5 часа говорили (это из моей практики) по телефону о том, как ей лучше вести себя в этой ситуации. Дочь, которую она вырастила одна, без мужа (развелись давно), оставалась до 3—4 часов ночи с молодым человеком, родители которого всячески это приветствовали. У молодого человека был физический дефект.

Собственно говоря, мою собеседницу в основном смущало, как родители парня всячески, говорила она, роскошными ужинами, подарками, видеоманитофоном, приваживают ее дочь. Ей это казалось нечест-

ной игрой: не столько он своей любовью, как они таким раскладом оказывали психологическое давление на 20-летнюю девушку. Она даже оставалась ночевать (в отдельной комнате).

В этой ситуации, конечно, не было ничего суицидального, но тем не менее и в таких ситуациях мы оказываем помощь...

— Потому что по каким-то словам собеседницы вы поняли, что она психически травмирована? Поэтому?

— Да, безусловно. Но психические травмы не возникают на ровном месте, хотя бывает, что и валятся, как кирпич на голову.

— Можно ли считать, что собеседница ваша находилась в состоянии между здоровьем и болезнью?

— Могу сказать, что психическая травма может произойти и у абсолютно здорового человека, привести его в состояние между здоровьем и болезнью.

Что касается самого сложного, высшего создания природы — психики, то здесь уместна мысль, которую высказал один величайший физик нашего столетия. Однажды, когда его спросили, чем он в конце концов занимается — физикой или химией, он сказал, что выделение это условно, так удобнее учить школьников и студентов, а в природе нет физики и химии, в природе есть явления, природа «междисциплинарна».

Так можно сказать и о многих психических состояниях. Мы часто не знаем, чего в них больше, здоровой реакции человека с определенными установками на то или иное событие в его жизни или жизни близких или уже болезненного процесса. Иногда мы твердо можем сказать, что это болезнь. А есть огромная область психических состояний, в которых причудливо перемешаны реакции здоровые и уже болезненные, разделение которых очень условно, как и вообще условны во многих случаях понятия «здоровый» и «больной».

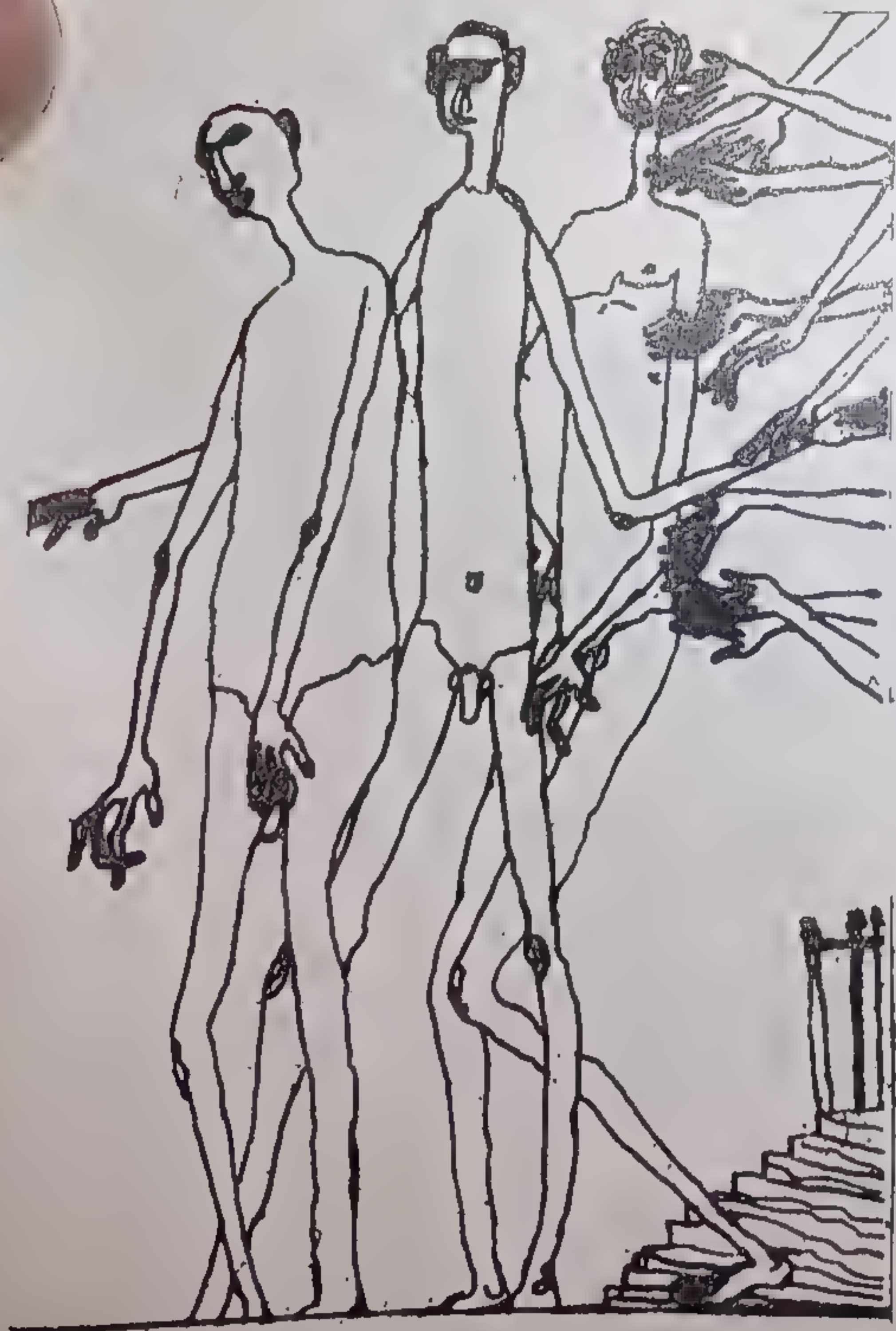
— Можно дать бюллетень человеку только потому, что он вчера был психически травмирован?

— Вопрос, конечно, интересный. Я глубоко убежден, что есть люди, которым не только можно, но и необходимо дать после какого-то психотравмирующего события бюллетень на несколько дней, и мы это делаем практически в наших кабинетах и стационарах.

В нашей службе социально-психологической помощи, которую создала и которой руководит профессор А. Амбрумова, мы ведь кладем в стационар и практически здоровых людей, даем им бюллетень не только на одну, но и на 3 недели, и на месяц, и это люди не больные, у них нет психоза, но тем не менее им нужен бюллетень по конкретным причинам. А в другом случае, почти в таком же, и в подобной, а может быть, и более тяжелой ситуации ни в коем случае нельзя давать бюллетень. Допустим, такой пациент может взять отпуск за свой счет, но чаще всего ему лучше в коллективе: его нельзя изолировать.

Есть люди, которым ни в коем случае нельзя показывать, что они больны, потому что они уходят в болезнь, это им во вред. У них может быть больше, чем акцентуация, психопатия, и тем не менее больничный лист давать вредно.

Ответ на психотравму у них еще только развивается, а они уже дают настоящие болезненные состояния: так сами себя вос-



Александр Элмар. Из серии «Тропикализм». 1986. Бумага, тушь. 30×21

принимают. Многое зависит от психологической установки.

— Существует ли какая-то градация состояний, вызванных психической травмой?

— Конечно. Самые легкие состояния (условно, конечно) — это так называемые непатологические ситуационные реакции (или в другой системе, скажем англо-американской, они называются кризисными состояниями). По типам, по видам, по длительности они глубоко разработаны профессором А. Амбрумовой. Следующими за ними идут акцентуированные реакции, гораздо более тяжелые, уже с какими-то соматическими проявлениями.

Приведу один пример, наиболее распространенный. Знакомая каждому человеку реакция душевной боли, когда после психотравмирующего события у него не просто плохое настроение, подавленность, снижение поведенческой активности, но и ощущение боли в области сердца, которая никак не проявляется на электрокардиограмме, не выявляется какими-то другими методами. Это психалгия — психическая боль. Я бы психалгию представил так. Это максимально выраженное состояние обиды. Ведь обычное состояние обиды свойственно всем людям, а вот такое состояние обиды, которое уже проявляется в соматических ощущениях (телесных), это уже следующая стадия.

Итак, первое состояние мы назвали непатологической ситуационной реакцией, второе — психалгией. Третье — это реактивное состояние, то есть в ответ на внешний фактор. Это уже болезненное состояние, чаще всего реактивная депрессия, хотя в принципе может быть и реактивное возбуждение. Но правда, оговорим, что в наше время болезненные состояния претерпевают видоизменения (специальное название даже придумано — «сегодняшняя болезнь»), то есть болезнь выглядит не так, как она выглядела хотя бы столетие назад. Если в ответ на измену мужа в те времена, скорее, наблюдались какие-то состояния возбуждения, крика, повышенной двигательной активности, то теперь это больше проявляется реактивными депрессиями.

— Это болезнь, затрагивающая социальную сторону жизни человека?

— Диагноз «реактивная депрессия» предполагает бюллетень, врачебное наблюдение и врачебную помощь. Что касается госпитализации (изоляции), то это зависит от того, какая существует возможность психологической поддержки у данной личности. Представьте себе: у двух людей неприят-

ности на работе, скажем незаслуженная
догода в профессиональной среде. Но у од-
ного человека дружная, поддерживающая
семья, и ему есть смысл дать больничный
лист, чтобы он на работу не ходил и не
усиливал этого состояния. Тогда надо на-
значить лечение и оставить дома, где домаш-
няя среда является для него системой под-
держки. А другой человек — одинокий, ему
бы, наверное, лучше в такой стационар,
как наш. К сожалению, их очень мало. Это
уже по-настоящему болезненное состояние.

О настоящих реактивных состояниях
здесь мы не будем говорить, потому что
к теме «Между здоровьем или болезнью»
они не относятся. И кроме того, должен
сказать, что абсолютное большинство людей
все-таки реагируют на психотравмирующее
воздействие либо непатологическими ситуа-
ционными реакциями, либо акцентуирован-
ными реакциями. До реактивных депрессий
доходят все-таки немногие...

— И все же есть ли еще более тяжелые
реакции?

— Нет. Третье — это уже самое тяжелое
состояние. Они ведь тоже внутри себя об-
ладают разной степенью выраженности.
Я видел реактивные депрессии, когда энер-
гичный и деятельный прежде человек неде-
лями лежит в постели, глядя в потолок,
осмысливая все, что с ним произошло, погру-
женный в свои мысли, у него даже физиче-
ская слабость, запоры. Он может сходить
в магазин, погулять по улице, но ограни-
чивает контакты, у него снижение интел-
лектуальной деятельности, сужение сферы
интересов, падение аппетита и множество
других проявлений.

Нет, пожалуй, ни одного термина, вме-
щающего в себя так много в наше время,
как термин депрессия, которым, к сожа-
лению, очень широко наши пациенты поль-
зуются. Приходит человек и говорит, что у
него депрессия, тогда как у него просто
пониженное настроение, что, к счастью, еще
не депрессия и даже не психалгия. Депрес-
сия обязательно включает в себя сниженное
настроение, но кроме того, она предполагает
еще множество симптомов. Поэтому на
практике, когда к психотерапевту приходят
и говорят: «Доктор, у меня депрессия», — он
отвечает: «Знаете, ярлык я сам приклею,
а вы расскажите, что чувствуете». И как
правило, к счастью, оказывается, что клас-
сической депрессии там и нет.

В огромной сфере депрессий есть и реак-
тивные состояния, то есть возникшие после
психотравмирующего события, а есть и
настоящие душевные заболевания, которые
ни в коем случае не являются реакцией
на какое-то событие. Ведь есть депрессия
как самостоятельное заболевание, если хо-

тите, биологически обусловленное, напри-
мер, нарушением нейромедиаторного обмен-
а. В такой депрессии пациент, тоже, можно
сказать, лежит в депрессивном ступоре,
но может быть и так, что он выполняет
даже свою профессиональную работу, пусть
не на том уровне, на каком он выполнял
ее раньше, но тем не менее у него имеется
целый спектр депрессивных переживаний и
проявлений.

— В каких состояниях человек должен
обращаться к психотерапевту, а в каких —
к психиатру?

И в нашей стране, и в мировой
психиатрии уже давно идет спор о том,
можно ли быть просто психотерапевтом. Вот
человек, скажем, по специальности невро-
патолог, его интересует пограничная пси-
хиатрия: неврозы, реактивные состояния,
личностные проблемы и невротические со-
стояния. Он хочет уйти из неврологии и
прийти в сферу психики. Как ему быть?
Достаточно пройти 4-месячные курсы психо-
терапии и сделаться психотерапевтом или
ему нужно сначала пройти специализацию
по психиатрии, а потом уже становиться
психотерапевтом?

И профессор Амбрумова, и мы с колле-
гами глубоко убеждены в том, что психо-
терапевт прежде всего должен быть квали-
фицированным психиатром. Почему? По-
тому что многие душевные заболевания на-
чинаются с состояний, похожих на погра-
ничную психиатрию. И если не знать так
называемых душевных болезней, психоп-
атологии, то можно годами психотерапевти-
чески пытаться помочь пациенту — с самы-
ми добрыми намерениями, а ему на самом
деле необходимо медикаментозное лечение,
причем срочно.

Конечно, психотерапия тоже (скажем,
активирующая) на каком-то этапе после ме-
дикаментозного лечения должна быть и
главным методом лечения, но прежде всего
необходимо определенное, точное медика-
ментозное лечение. А врач, не прошедший
такой школы, не знающий душевных болез-
ней, их не видит. Ведь каждый видит толь-
ко то, что знает. Мой старый учитель го-
ворил, что, для того чтобы выявить, надо
сначала знать, какие симптомы при том
или другом состоянии бывают, и знать
весь перечень симптомов. Вот два врача
смотрят одного и того же пациента, и я уве-
ряю, что тот, который назвал лишь 6 симп-
томов, вообще не знает оставшихся 32, поэ-
тому он их не увидел.

Настоящий психотерапевт, с нашей точ-
ки зрения, прошел школу так называемой
малой психиатрии, занимающейся погранич-
ными состояниями, и знаком с психиатрией

большой. Он вовремя увидит в человеке, у которого вроде бы чисто личностная проблема, больного. И он не будет его лечить, потому что лечить душевное заболевание должен специалист. Но он его направит к нему, убедит, настроит. В своей практике мы видели тысячи случаев, когда психотерапевты, как мы говорим, из невропатологов, не прошедшие школы большой психиатрии, очень долго пытаются помочь больным, которым давно показано медикаментозное лечение.

А сейчас эта проблема получила особое звучание, неожиданное, поскольку большое распространение получила групповая психотерапия. Ведут группу чаще всего психологи. Должен вам сказать, что группы квалифицированные психологи ведут, как правило, хорошо. Но никакой психолог, даже семи пядей во лбу, не клиницист-диагност и не отличит эндогенной (внутренней) депрессии. Бывает, психологи обращаются к нам: «Слушай, приди ко мне на группу, у меня есть один человек, ну никак не могу понять его проблем. Я уж с ним отдельно беседовал и дома у него был, но не пойму его проблемы». Приходишь, даже не спрашивая ничего, видишь, что это психически больной человек. Он уже больной, а его, что называется, в упор не видят. И вот это особенно тяжело. Каждому заболеванию, каждому состоянию нужен свой врач, а самый замечательный психолог, который прекрасно ведет группу, не поможет понастоящему больному психически человеку.

— Нет ли опасности в том, что у специалиста из большой психиатрии в руках меч, разрубающий любые узлы, — медикаментозное лечение? Есть ли перспективы немедикаментозного лечения пограничных состояний? Может быть, в мировой практике есть какие-то пути, которые у нас стоило бы развивать?

— Выскажу только свое мнение практического врача, считая, что есть более знающие специалисты, к мнению которых стоит несомненно прислушаться в большей степени, чем к моему. Еще Парацельс сказал, что упование на единый метод есть признак некомпетентности и шарлатанства. Отменять медикаментозную терапию, которая спасла здоровье и жизнь миллионам больных, — это некомпетентность и шарлатанство. А вот дополнить другими методами — это, конечно, задача, которая уже поставлена в мировой психиатрии.

Но во-первых, арсенал медикаментозных средств расширился необыкновенно, появляются с каждым годом новые лекарства, которые позволяют убрать, устранить патологические симптомы, не нарушая работо-

способность. Лекарства, безвредные для организма при длительном применении.

Наша предубежденность по отношению к лекарствам — это проявление недостаточной, к сожалению, медицинской и даже общей культуры населения. Мы часто в своей практике сталкиваемся с боязнью лекарств. «Ах, доктор, как же я буду пить три таблетки в день, ведь они мне разрушат печень», — говорит пациент. Я вас уверяю, что котлета, съеденная в столовой, не известна на чем поджаренная, гораздо вреднее, чем эти три таблетки. И мы видим пациентов, которые уже 20—25 лет на поддерживающей медикаментозной терапии успешно работают, становятся матерями и отцами, защищают диссертации. Я знаю пациентов, которые принимают поддерживающую психотропную терапию в дозах 6—8 таблеток, но тем не менее антибиотики, например, не принимают по тем же предубеждениям, мол, разрушат здоровье. За всю свою практическую работу я не видел человека, которому бы навредили лекарства, но видел людей, которым лекарства не помогли.

К сожалению, надо четко отдавать себе отчет, что есть формы заболеваний душевных, перед которыми мы бессильны пока.

Говоря о культуре потребления лекарств, можно заметить крен и в другую сторону, когда человек все время прибегает к лекарствам, хватается за таблетки уже даже без назначения врача только потому, что в свое время это ему помогало...

— Психотерапевты часто сталкиваются с таким отношением к лекарствам людей, у которых есть, скажем, проблема или внутренний конфликт или отсутствуют какие-то социальные навыки — то, что мешает в жизни или вызывает фрустрацию. Обычно именно такие люди часто считают, что самое главное — найти такое сочетание таблеток, скажем полтаблетки феназепама, полторы таблетки элениума и четверть таблетки радедорма, которое улучшит их состояние.

Здесь ситуация обратная. Основное при лечении психогенных расстройств, психогенного напряжения, личностных проблем — это, конечно, психологическая и психотерапевтическая помощь. А что касается лекарств, то один выдающийся психотерапевт сказал, что лекарства прокладывают дорогу психотерапии. Дело в том, что психотерапия — это работа над собой, над своими установками, взглядами, поведением. И если тебя уже от твоих проблем зашкаливает и ты не можешь работать, то, конечно, тебе надо помочь на первом этапе таблеткой, а затем (и параллельно) переходить к психотерапии, но ни в коем слу-

С другой стороны, в последнее время стала модной «психологическая таблетка», которая называется аутотренингом. Появилось расхожее мнение, что аутотренинг решает жизненные и психологические проблемы. Если они связаны с трудностью сосредоточения, с неумением расслабиться, отдыхать и только ограничиваются этим, конечно, аутотренинг — это ваш метод. Но если есть более глубокие внутренние проблемы, глубокие дисгармонии в вашей личности и вы упорно занимаетесь аутотренингом, чтобы вовремя отключиться, то аутотренинг — это не тот метод, который для вас должен быть главным. Конечно, чем бы ни занимались психотерапевты с пациентом, как бы ему ни помогали, необходимы занятия аутотренингом. Аутогенная тренировка, безусловно, нужна всем, но думать, что это панацея, нельзя.

— Это напоминает мне вопрос о том, сколько ангелов может влезть на кончике иглы, о чем серьезно спорили средневековые богословы. Поэтому ответу на него только в определенной степени, условно. Пограничное состояние начинается там, где кончается гармоничная личность. Пограничное состояние начинается даже при психалгии, а где оно кончается? Там, где начинается большая психиатрия. На пороге большой психиатрии, где уже болезненных механизмов намного больше, чем здоровых реакций.

Основное при
ойств, психо-
ых проблем—
и психотера-
касается ле-
психотерапевт
дывают доро-
м, что психо-
бой, над свои-
поведением.
облем заикот
отать, то, ко-
первом эта-
аллельно) пе-
ни в коем слу

издательстве «Мысль»



Михаил Шемякин. *Петербургские бредни*. 1973

НАПОМИНАЕМ!

В розничную продажу наше издание НЕ ПОСТУПАЕТ

Индекс — 70063

Подписка только **ПОЛУГODOВАЯ** и **ГОДОВАЯ**

СОВЕТУЕМ

ЗАБЛАГОВРЕМЕННО ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ

на следующее полугодие!

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

В. Десятников

ЛИКИ СКРЫТОЙ ДЕПРЕССИИ

Любая болезнь означает страдание всего организма — его физической и психической сфер. Известно, что при психических заболеваниях в той или иной степени наблюдаются физические, телесные (соматические) расстройства. При соматических же заболеваниях имеет место отклонение в психике. И в любом заболевании всегда звучат *физический и психический компоненты* недуга. Однако выраженность каждого из них зависит от того, имеем мы дело с соматическим или психическим заболеванием.

Это закономерно. Но вот существуют, оказывается, такие психические **депрессивные состояния**, в которых психические нарушения стерты, малозаметны, а физические, телесные (соматические) звучат «во весь голос», становятся преобладающими и заслоняют собой депрессию — развивающуюся психическую болезнь. Такие необычные, не являющиеся классическими состояния скрыты под разнообразными симптомами — *масками*. Иными словами, проявления соматические столь яркие и выпуклые, что ни врач, ни сам пациент не усматривают истинную первопричину страдания. Не случайно состояния эти были названы *маскированной, или скрытой, депрессией, туманной, соматической, улыбающейся, наконец депрессией без депрессии*. Хотя соматическое расстройство в таком случае мнимое, физическая боль, заставляющая обратиться к врачу (терапевту, хирургу или стоматологу), вполне реальна. При этом страдающие скрытой депрессией люди обычно не обращают внимания на неблагоприятные изменения в нервно-психической сфере, жалуются главным образом на физические недуги. Пони-

жение настроения они объясняют своим плохим самочувствием, болями, нарушениями сна и т. д. Считая полезным подлечить нервы, такие пациенты на консультацию к невропатологу идут довольно охотно, а вот на предложение терапевта обратиться к психиатру удивляются, недоумевают, порой возмущаются. И возникающий обывательский барьер недоверия к врачу в данном случае укрепляется именно остротой неприятных физических (телесных) ощущений, *маскирующих депрессию*.

Чтобы сократить путь больных к исцелению, привлечь внимание и врачей, к которым такие пациенты обращаются не «по адресу», речь пойдет о проявлениях столь распространенной на сегодняшний день во всех развитых странах мира *скрытой депрессии*, о возможностях ее обнаружения и лечения.

БЕСПОКОЙСТВО ИЛИ ДЕПРЕССИЯ?

Прежде всего что понимается под словом «депрессия»?

Социологи и экономисты, например, используют его, скорее, в *количественном значении спада*, как и физиологи,

ДЕСЯТНИКОВ Владимир Федорович — доктор медицинских наук, профессор-консультант Московской городской поликлиники № 3 Управления хозрасчетными лечебными учреждениями (ул. Арбат, 28). Автор более 60 опубликованных научных работ (в том числе 3 монографий), популярных статей и брошюр. Впервые в нашей стране описал клиническую картину скрытых депрессий, разработал диагностические критерии и методы щадящей медикаментозной терапии.

имеющие в виду *пониженную функцию* — активность нервной системы, сердечную деятельность, сниженное дыхание. В то же время психиатры и психологи употребляют это слово в *качественном его смысле*, означая *угнетение, подавленность и т. п.* Депрессия — это состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением, снижением психической активности в сочетании с двигательными расстройствами и разнообразными соматическими нарушениями.

Это типичная форма депрессии как *состояния*, испытывать которое доводится каждому хотя бы раз в жизни. Например, из-за потери (престижа, чувства собственного достоинства), утраты (смерть близкого человека) возникающая депрессия является нормальной реакцией. Другое дело, если она болезненна, патологична. Депрессия как *болезнь* характеризуется или слишком большой продолжительностью и чрезмерной интенсивностью, или отсутствием психотравмирующей (стрессовой) ситуации в предшествующий период у больного.

Если для классической депрессии характерно подавленное, тоскливое настроение, заторможенность мышления и двигательной сферы, а также соматовегетативные проявления, то в *состояниях, называемых скрытой депрессией*, соматический фасад жалоб зашторивает саму депрессию. Ведущими в *клинической картине* выступают соматические, вегетативные и психические проявления — навязчивости, страха, алкоголизма, наркомании, а собственно депрессивные нарушения, будучи стертыми, невыраженными, отступают на задний план.

С другой стороны, депрессия может *скрываться и за беспокойством* — другим, но почти всегда сосуществующим с ней отклонением от нормы, особенно распространенным, часто ведущим в клинической картине. И когда врач (как и больной) видит только *беспокойство (невроз)*, объясняет лишь этим жалобы пациента, он прописывает обычно не *антидепрессант*, а *малый транквилизатор* (чаще всего из производных бензодиазепама — элениум, реланиум, седуксен, феназепам, нозепам и др.), не оказы-

вающий в данном случае эффекта лечебного, обеспечивающий лишь незначительное облегчение состояния больного за счет *успокаивающего действия*.

А ведь жалобы на боли, неприятные ощущения, перебои в области сердца, потливость, расстройства сна и другие отражающие беспокойство симптомы могут наблюдаться у пациентов с депрессией. Если беспокойство проявляется обычно в возрасте старше 10—15 лет, то вероятность депрессии значительна у пациентов старше 30 лет (особенно если проявляется впервые), хотя не минует и детей. Симптомы соматические, эмоциональные и психические затрагивают весь организм. Однако степень их выраженности различна.

Что надо знать пациентам о своем состоянии

Большинство страдающих депрессией людей рассуждают вполне рационально. Поэтому довольно часто на приеме у психиатра они не выглядят депрессивными. Ни сам больной, ни его близкие и родные да и врач общего профиля не подозревают депрессию. Отмечают только раздражительность, вспыльчивость и какое-то беспокойство, порой понятное (психологически объяснимое) окружающим. Отсюда появляются диагноз *невроза и седативная терапия* и становится понятно, почему *психиатра в последнюю очередь* просили осмотреть пациента.

Расстройства соматические могут быть представлены в виде отклонений и в центральной нервной системе, и в органах желудочно-кишечного тракта, мочеполовой, дыхательной и сердечно-сосудистой системах, в сфере полового влечения и функций (у женщин — в изменении менструального цикла). Все они представлены в более или менее выраженной форме, в виде **набора симптомов**: нарушения сна (раннее пробуждение или трудность засыпания), затрудненное дыхание, слабость и утомляемость, частое мочеиспускание, снижение либидо, нарушения сердечно-сосудистой системы, неприятные ощущения (онемение, жжение, покалывание, дав-

ление и т. д.), тошнота, запоры, потеря веса, приступы головокружений, нарушение аппетита, расстройства сексуальной сферы, сердцебиения, головные боли, менструальные изменения.

Таким образом, у людей, подверженных депрессии, в первую очередь возникают те или иные расстройства сна. Обращаясь к врачу, они убеждают его назначить меры по нормализации их ночного сна, что незамедлительно и делается путем выписки рецепта на снотворное. Во многих случаях лекарство вызывает сон несколько раньше обычного, однако не продлевает его и поэтому не оказывает почти никакого воздействия на раннее утреннее пробуждение пациента. Более того, у страдающих депрессией зачастую наблюдается устойчивость (резистентность) в отношении обычных терапевтических воздействий снотворных средств, в иных случаях достаточно эффективных.

Стало быть, если бессонница не поддается обычной терапевтической дозе снотворного и продолжает беспокоить больного, следует сообщить об этом врачу, которого такая информация должна насторожить в правильности первоначального диагноза и заставить подумать о возможной депрессии.

У депрессивных пациентов наблюдается не только расстройство сна, но и целый набор соматических нарушений. Но откуда больному знать, все ли и какие соматические симптомы свидетельствуют о депрессии? У человека, испытывающего беспокойство, также может возникнуть и головная боль, и тахикардия или потоотделение, желудочные колики или другие симптомы, перечисленные выше. Все дело в том, что у большинства людей с беспокойством отсутствует характерное для депрессии нарушение сна при всем наборе соматических жалоб.

Именно раннее пробуждение позволяет заподозрить депрессию. К тому же отсутствие эффекта от терапевтических доз транквилизаторов придает этому предположению уверенность. Может помочь в своевременном распознавании депрессии и отношение пациента к своим жалобам. Так, если страдающие беспокойством ищут внешнюю причину, объясняющую их состояние,

то больной депрессией, наоборот, обвинит себя и найдет тысячу собственных прегрешений, вызвавших это состояние. Страдающие беспокойством люди обычно не склонны возлагать вину на себя, тогда как находящиеся в депрессии пациенты неизменно винят только самих себя.

Более того, человек, заболевший депрессией, усматривает в имеющихся симптомах зловещий смысл. Так, появляется страх. Больному начинает казаться, что у него не просто головная боль, а, возможно, мозговая опухоль, не просто тахикардия, а сердечный приступ, и естественно, его не может ожидать ничего хорошего. Многие опасаются или убеждены в наличии у них рака.

«На чем основаны эти опасения?» — спрашивал я у таких больных. Ответ, как правило, был типичным: «Слабость, вялость, усталость, значительная потеря веса — симптомы рака. У меня имеется пять или шесть признаков онкологического заболевания, следовательно, у меня рак». Только депрессивные отличаются подобной логикой. Отсутствие эффекта от соматических лекарственных средств, принятых в таких случаях, должно наводить на мысль о депрессии.

Однако достаточно ли только одних соматических симптомов и патологического отношения пациента к ним для утверждения о наличии депрессии? Чтобы быть более уверенным в этом, пациенту необходимо проанализировать собственное эмоциональное состояние, то есть выявить эмоциональные признаки депрессии, на которые меньше всего обращает внимание сам больной, концентрируясь на физических ощущениях. Наличие плохого настроения больные обычно объясняют физическими страданиями.

Значит ли это, что страдающий депрессией всегда печален? Не каждый депрессивный больной признает это. Если же он даже признает наличие подобных аффективных отклонений, то обязательно скажет: «Конечно, я в депрессии, но окажись в таком положении любой с моими проблемами, он чувствовал бы себя так же — была бы еще хуже депрессия, чем у меня».



Александр Элмар. Из серии «Марафон». 1988. Бумага, тушь. 30 × 32

Не надо обманываться объяснениями причин возникновения депрессии. Такая информация важна менее, чем то, как больной говорит и какие замечания делает о самом себе, какой видит перспективу. Чаще всего считает он себя никчемным и беспомощным человеком, неудачником, а сложившуюся ситуацию характеризует как безнадежную. Но в состоянии беспокойства пациент не рассуждает таким образом, он считает себя достойным той помощи, которую ожидает от лечащего врача. И вот тут отмечается интересная подробность.

Если человек считает, что его положение безвыходное, так как состояние плохое, а ситуация является безнадежной, то маловероятно, чтобы он стал прилежно принимать лекарства в полном соответствии с указаниями врача. Полагая, что сам виновен в сложившейся ситуации, которая вызвала (как он считает) депрессию, причинил много горя близким, он намерен испытать всю чашу страданий, не принимать лекарства, могущие облегчить его муче-

ния. И наоборот, испытывающий беспокойство, непременно и скрупулезно выполняет все назначения. Об этом надо помнить близким больного.

Об опасности упущений

Набор эмоциональных нарушений выглядит примерно так: подавленное, грустное настроение, печаль, тоска, чувство вины, беспомощности, никчемности, нереальности, плач, приступы беспокойства и раздражительности, страх смерти, сумасшествия, физического заболевания или вообще беспредметный страх, размышления о прошлом, настоящем и черном будущем.

Сразу подчеркну: пациенты неохотно признают, что они страдают депрессией, трое из четырех, страдающих аффективными нарушениями, жалуются не на депрессию, а на беспокойство и раздражительность. Как правило, к врачу они приходят с единственной просьбой — выписать какой-либо препарат (часто называя, какой), чтобы успокоиться. «Последнее время чувствую такое нервное напряжение, что не могу найти места, раздражителен, быстро впадаю в гнев, не могу расслабиться, плохо сплю. Пожалуйста, помогите мне снять это напряжение, прежде чем я получу нервный срыв».

На поверхности — беспокойство и раздражительность. Однако важен уже тот факт, что эти отклонения у депрессивных возникли недавно, отражая повышенную чувствительность на раздражители повседневной жизни, а главное, больные чувствуют, что уже не способны к деятельности, настолько эффективной, как прежде, не могут справиться с трудностями столь легко и полноценно, как делали это раньше до заболевания. Осознание ими этих изменений и вызывает гнев на самих себя, порождает даже нехорошие чувства к окружающим, которые теперь невольно катализируют начавшийся процесс болезненного осознания.

Особо отмечу, что сегодня почти каждый такой пациент принимает успокаивающее средство, а не антидепрессант, необходимый ему. Это и не удивительно, ибо впервые идущий на прием

к врачу обязательно скажет: «Доктор, я взвинчен, напряжен, не сплю, извел семью, не в ладах с коллегами, у меня огромное желание по любому поводу съездить кому-нибудь по физиономии». Как правило, его считают нервным человеком с выраженными симптомами беспокойства и раздражительности, но отнюдь не страдающим депрессией. Поэтому чаще он и получает рецепт на успокаивающее средство (транквилизатор, но не антидепрессант).

В лучшем случае это обеспечит временное и незначительное улучшение состояния, поскольку транквилизаторы обладают успокаивающим и снотворным эффектом и могут до определенной степени воздействовать на беспокойство, раздражительность, являющиеся по отношению к депрессии вторичными. Вот почему закономерны повторные просьбы пациентов выписать другой транквилизатор («перестал помогать»), и несмотря на постепенно возрастающие дозы успокаивающих средств, они остаются скованными и раздражительными.

В такой ситуации больному надо самому проанализировать свое состояние на предмет наличия депрессивных признаков и рассказать о них врачу, не только для того чтобы свести к минимуму вероятность возникновения психологической и даже физической зависимости от транквилизатора, но и не упустить за беспокойством и раздражительностью серьезное психическое заболевание, каким является депрессия. Зачастую она может привести к отчуждению больного в семье, среди друзей, стать причиной потери работы из-за напряженных отношений с коллегами, к расколу семьи и распаду ее, наконец, к разводу супругов, злоупотреблению алкоголем и наркотическими средствами, стать причиной самоубийства и убийств. Именно поэтому крайне важно, чтобы у пациента, на первый взгляд страдающего беспокойством и раздражительностью, депрессия распознавалась как можно раньше.

Что надо знать врачу широкого профиля

Таким образом, во всех случаях, когда врач наблюдает больного с множеством соматических жалоб, к тому же страдающего бессонницей, резистентной к обычным терапевтическим дозам снотворных, пессимиста, жалующегося на беспокойство и раздражительность, не поддающиеся воздействию транквилизаторов, следует предположить депрессию, а не беспокойство как следствие невроза. Важно постараться выявить признаки и симптомы депрессии (сформулировать дифференциальный диагноз).

Другая причина для скорейшего определения диагноза заслуживает особого внимания. Дело в том, что, не получая эффекта от назначения транквилизаторов, врачи нередко рекомендуют для снятия беспокойства, внутреннего напряжения *нейролептические препараты*. Однако **нейролептики вызывают побочные неврологические эффекты — дискинезии** (нарушения координированных двигательных актов некоторых внутренних органов, имеющих гладкую мускулатуру, а также век).

Так, например, при дискинезии желчных путей затрудняется опорожнение желчного пузыря, ведущее к расстройствам его функции. Кишечная же дискинезия характеризуется нарушением тонуса, перистальтики и других моторных функций разных отделов кишечника, что сопровождается поносами, запорами и другими диспепсическими явлениями. Надо сказать, что даже небольшие дозы нейролептиков могут вызвать этот косвенный эффект. Более того, имеются факты, свидетельствующие о том, что пациенты, страдающие депрессией, в большей степени подвержены этому побочному действию.

Часто больного одолевают мысли о прошлом, он хочет найти объяснение случившемуся, почему он чувствует себя так, а не иначе. Эти размышления иногда носят навязчивый характер, окрашены в мрачные тона с постоянным выискиванием собственной вины в событиях минувших далеких лет. Эти неуходящие размышления весьма удручающе действуют на психику и поэтому

в беседе с врачом пациенты просят избавить их от этого кошмара. Вот они — отклонения в психической сфере! Слабая концентрация внимания и как следствие — жалобы на ухудшение или плохую память, когда утро — «самое скверное время дня», «все делается со значительным усилием». Обнаруживаются нерешительность, мысли о самоубийстве и т. д.

Депрессия препятствует пациенту осознать тот факт, что у него теперь отсутствует интерес к близким, родным, их делам, заботам, ко всему окружающему. Все его мысли сконцентрированы на самом себе, на том факте, что все происходящее уже не сулит ничего хорошего, вокруг чернота и выхода нет. Утро является ужасным временем суток: больной просыпается на рассвете и лежит в постели (не в состоянии подняться), размышляя о своем состоянии, самочувствии, а предстоящий день представляется темным и длинным (часто без выхода) тоннелем. С ужасом представляет он свой рабочий день, который никогда не кончится.

Люди, страдающие беспокойством, наоборот, при пробуждении чувствуют себя довольно сносно. Их беспокойство обычно начинает проявляться позже, когда день набирает силу, в то время как у депрессивного состояние улучшается к вечеру. Свои жертвы депрессия заставляет мучиться из-за выраженной их нерешительности и постоянных сомнений, которые отнимают последние силы.

Преследует больного вопрос: «Что мне делать сегодня?». Колебания настроения при депрессии резко контрастируют с колебаниями при состоянии беспокойства, попадающими под воздействие окружающей обстановки. И еще одно наблюдение: редко пациент, страдающий неврозом, серьезно заявит: «Жаль, что я не умер» или «Жаль, что со мной не случилось нечто такое, что избавило бы меня от этих страданий». В противоположность всем другим психическим и физическим заболеваниям, наблюдаемым у человека, депрессия может сделать жизнь настолько жалкой и страшной, что, боясь такой жизни, он может искать выход в скорейшей смерти.

Жертвы патологического беспокойства редко думают о самоуничтожении

как средстве прекращения своих страданий. Наоборот, они надеются и ожидают изменений к лучшему, у них имеется вера в то, что им можно помочь, что скоро все кончится, ибо им обязательно помогут или они найдут выход. Депрессивные больные лишены этой веры, этой надежды, они в тупике.

Что надо знать супругам

Потеря или снижение либидо является естественным следствием депрессии, однако у женатого мужчины депрессия вызывает еще и весьма сильную личностную реакцию, которая будет отражать неуверенность его сексуального поведения. Отсюда и переоценка своих возможностей, и ощущение постоянной фрустрации, преобладание неудач. Ранее счастливый в браке человек, который никогда даже не задумывался о сексуальном стимулировании, за пределами своего дома становится озабоченным поисками проститутки, порнографией, порой извращениями. Дома также может отмечаться сексуальное экспериментирование, которое выходит за пределы быстропроходящего интереса, присущего любопытным, и принимает форму непреодолимой одержимости.

Усиливаются раздражительность, продолжительность полового акта резко сокращается. Дома постоянные ссоры из-за мелочей. Если депрессивные с большим трудом еще сдерживают себя на работе, то всю свою несдержанность они направляют на самых близких и дорогих людей. Жена, дети больного подвергаются словесным, а порой и физическим оскорблениям и, естественно, со страхом ожидают возвращения его домой. В такой ситуации больной нуждается в теплоте, заботе, ласке, любви, но может получить лишь негодование, страх и враждебность. В отношениях супругов появляются подозрительность, отчужденность, молчание, которые и наводят на мысль о том, что друг другу они не нужны. Это только усугубляет депрессию, в конечном счете брак распадается, и больной теряет ту малую поддержку, которую имел раньше.

Амбулаторная сексологическая консультация показывает, что среди значительного числа обращающихся супружеских пар, когда один из партнеров страдает депрессией разной степени выраженности, он *нередко требует медикаментозного вмешательства*.

Один такой пациент, жена которого жаловалась на вспыльчивость в его поведении, отрицал, что ведет себя подобным образом и оправдывал свою раздражительность малым метражом квартиры, шумливостью детей, тем, что «когда мужчина приходит домой, он имеет право на некоторый покой». Отрицал он и депрессию, подавленность, однако констатировал беспокойство. Во время беседы с ним я предложил ему самому объяснить причины потери контроля над собой. И тут его глаза увлажнились, и он признал, что чувствует себя скверно, подавленно. В какой степени, поинтересовался я, и он ответил: «Так плохо, что дальше некуда!»

Далее на мой вопрос, чувствует ли он себя настолько плохо, что появляются черные мысли о целесообразности... он меня перебил сказав: «Даже хуже». Однако мне требовалась конкретизация и поэтому я продолжил: «Что же может быть хуже самоубийства?» Тогда он ответил: «Я намеревался взять с собой жену и детей». Привожу этот случай потому, что он доказывает, как безобидный на первый взгляд супружеский конфликт в действительности может оказаться весьма острой формой депрессии, требующей безотлагательно-го медикаментозного вмешательства.

Очевидно, это экстремальный случай, но были и другие, лишь незначительно менее серьезные, и я вынужден сделать вывод, что многие пациенты, имеющие проблемы в области супружеских отношений, нуждаются в консультации психиатра и в соответствующей терапии. Только когда такие меры приняты, супружеская проблема может быть действительно решена.

Индикатор — работоспособность

Раздражительность и беспокойство далеко не всегда ограничиваются домашней обстановкой и могут проявлять-

ся на работе. Это может испортить отношения, а *депрессивный пациент* зачастую проявляет такие стороны своего характера, которые могут настроить против него всех остальных сотрудников.

Могут последовать административные и партийные взыскания, тогда как необходимо срочно применить лечение. Многие из тех, кто находится в состоянии депрессии, оставляют свою работу по недостаточно веским причинам. Когда при этом не распознается воздействие депрессии, то такой шаг выглядит приемлемо. *Что же, если в действительности такой поступок является следствием депрессии, которая нуждается в лечении?* А ведь некоторых пациентов врачи поликлиник и стационаров общегигиенической сети поощряют менять место работы.

Вполне оправданно допускать, что человек, в течение ряда лет эффективно справлявшийся с работой, способен продолжать эту работу, будучи не совсем здоровым. Однако может быть и так, что пациент возлагает вину на выполняемую им работу, ощущая собственную неполноценность, стремясь объяснить свое состояние, и указывает врачу именно на эту причину не осознавая и не признавая того факта, что проблемы были вызваны депрессией или обострились только после ее появления.

Например, пациент — директор школы, сообщает, что в связи с расширением прав учеников, вмешательством родителей и учителей, отсутствием дисциплины у персонала школы и учащихся, а также коренным изменением школьной программы и учебного плана он не в состоянии в дальнейшем справиться с работой. Врач сочувственно кивает ему, рекомендует оставить работу и подыскать что-нибудь более приемлемое. Невольно возникает вопрос: как бы он сам себя почувствовал, если бы в аналогичной ситуации, жалуясь на проблемы — отсутствие, скажем, рентгеновских пленок, необходимых лекарств, поток пациентов, да, наконец, низкую оплату труда, лечащий его доктор произнес бы: «Да, вам действительно следует оставить врачебную практику и перейти в клинику цветов или фруктов».

Совет оставить или сменить работу требует чрезвычайной ответственности, и его следует давать с максимальной осторожностью и осмотрительностью.

В психиатрической практике должно стать золотым правилом: человеку не следует неосмотрительно менять место

работы, если он не чувствует себя хорошо.

Для этого имеются веские причины: пациент в целом располагает правом на временное освобождение по болезни; обычно долгие годы работы формируют вокруг него доброе отношение товарищей, администрации и профсоюзной организации, которые готовы с терпимостью относиться к нему, пока он болен и ведет себя не лучшим образом; он достаточно опытен и все еще способен справиться с работой (со значительными усилиями, пока снова не достигнет прежних результатов, которые имел до болезни); это облегчает и обстановку лечения, ибо сочувствие со стороны коллег, понимание администрации поднимают его шансы на скорое выздоровление, а при переходе на другую работу к нему будут присматриваться и конечно, будут ожидать наибольшей отдачи в новой ситуации, в то время когда он из последних сил старается выполнить работу, которую раньше мог сделать с закрытыми глазами. Его шансы закрепиться на новом месте часто равны нулю.

Многие из пациентов, страдающих депрессией, являются квалифицированными работниками, специалистами высокого класса, нередко занимают достаточно высокие посты. Их реакция на терапию может быть в достаточной мере гарантирована. Последнее обстоятельство особенно важно, ибо облегчит другим своевременный приход к врачу-психиатру на более раннем этапе заболевания и позволит избежать значительных трудностей — ловушек, подстерегающих человека в состоянии депрессии.

Кто подвержен депрессии

Клинический опыт свидетельствует о том, что у больных скрытой депрессией еще до возникновения приступов заболевания можно проследить колебания настроения, спонтанно наступающие соматические расстройства, которые до определенного этапа развития не расценивались как болезнь. У части лиц они остаются на уровне *недиагностируемом, то есть доболезненном*.

Именно тогда организм и пытается адаптироваться.

Имеются довольно убедительные наблюдения, свидетельствующие, что **соматические проявления депрессии** бывают только у больных с определенным складом личности: *гиперактивной, стеничной, в достижении поставленной цели не гибкой, педантичной и непреклонной во взглядах, требовательной к себе и близким*. Приблизительно в 2 раза чаще маскированная депрессия встречается у женщин, характер которых отличается *ригидностью, чрезмерной критичностью как по отношению к себе, так и к другим*. Этим женщинам присуще чувство неуверенности вследствие *агрессивно-навязчивой потребности доминировать*.

По нашим наблюдениям, люди, страдающие скрытой депрессией, до начала заболевания характеризовались как спокойные, общительные, с устойчивым ровным настроением, глубокими эмоциональными привязанностями, сдержанные в проявлении чувств, настойчивые, энергичные, активные, с развитым чувством долга и справедливости, любящие точность, порядок, дисциплину. Кроме того, у них можно отметить **властность, прямолинейность, категоричность в суждениях, повышенную самокритичность, высокий уровень трудоспособности и целеустремленности**. Такие личностные особенности более полно выражены у больных так называемым *алгическо-сенестопатическим вариантом скрытой депрессии*, составляющих *половину всех наблюдаемых случаев*.

О роли наследственности и среды

Депрессия — личностная реакция. У людей с определенными характерологическими особенностями, типом телосложения, генотипом она возникает легче при менее значимых внешних факторах. У некоторых может проявляться в обычных жизненных ситуациях, как бы саморождаясь, без определенных внешних причин, имея **эндогенный (внутренний) характер**.

Дело в том, что **скрытая депрессия** относится к тем заболеваниям, в разви-

ни которых важную роль играют как генетические (наследственные) факторы, так и факторы внешней среды. Иначе говоря, скрытая депрессия — многофакторное заболевание, то есть с наследственной предрасположенностью.

Касаясь непосредственно депрессий, можно сказать, что альтернатива «предрасположение или среда» изжила себя, что речь идет о сложном взаимодействии их, изучение которого представляет большие трудности. Остаются открытыми вопросы, как и по какому пути внешние факторы могут привести в действие предрасположение и вызвать депрессивные расстройства, как определить их действие. С этой целью и делаются попытки изучить биохимические, иммунные, наследственные признаки (генетические маркеры), разрабатываются методы математического, генетического анализа.

Под маркерами понимают различные наследственные физиологические или биохимические признаки, по которым больные отличаются от здоровых. Предполагалось, что их определение позволит понять наследственную природу психических заболеваний, однако исследования, проведенные в этом направлении в разных странах мира, пока не привели к обнаружению специальных маркеров наследственного предрасположения к развитию психической патологии. Вместе с тем это направление не оставлено, и мощный импульс изысканиям дали исследования нервных клеток головного мозга — рецепторов. Но полученные результаты в отношении скрытой депрессии пока менее убедительны, чем для других психических заболеваний, и недостаточны.

Имеются данные о большой зависимости скрытой депрессии от факторов внешней среды в сравнении с классической депрессией.

Открывая в 1973 году в Базеле *Всемирный симпозиум, посвященный скрытой депрессии*, известный психиатр П. Кильхольц подчеркнул, что в наше время намного чаще стали встречаться случаи психогенно вызванной эндогенной (внутренней), возникающей и развивающейся по внутренним механизмам депрессии, связывая это обстоятельство с особенно возросшими эмоциональными нагрузками на человека.

Серьезные исследования проведены австрийским психиатром В. Волхером, который изучил болезни кровных родственников и патогенные внешние факторы у 200 больных скрытой депрессией. Были обнаружены периодические де-

прессивные расстройства у родственников 81% больных, что свидетельствует о весомой роли наследственного компонента в происхождении скрытой депрессии. В 40% случаев установлен пусковой фактор, с которым можно было бы связать начало заболевания, и у 14% больных факт пуска был сомнительным, а в 46% болезнь возникала спонтанно.

Наиболее часто провоцирующим моментом оказывались психические травмы. Затянувшийся эмоциональный стресс явился пусковым механизмом первых приступов болезни, в то время как последующие рецидивы начинались от гораздо менее серьезных психических и соматических причин и чаще носили спонтанный характер. Можно предположить, что больным скрытой депрессией свойственна более слабая адаптация к ситуационным событиям, к всевозможным психотравмирующим переживаниям, хроническим болезням.

Примечательной особенностью является то обстоятельство, что в семьях больных скрытой депрессией чаще (чем в семьях больных другими психическими заболеваниями) имеются родственники с соматическими расстройствами и реже с психическими болезнями. Вероятно, для возникновения скрытой депрессии необходимо сочетание воздействия самых разнообразных факторов среды (среди которых ведущее место занимает хроническая психическая травма) и наличие наследственного предрасположения.

Выявляется следующая закономерность: чем выше роль внешних провоцирующих факторов, тем реже выявляется наследственная отягощенность, и, наоборот, чем чаще наследственная отягощенность, тем меньшую роль в пуске заболеваний имеют средовые факторы. У больных скрытой депрессией отмечена самая значительная зависимость от внешних моментов и самая низкая наследственная отягощенность психическими заболеваниями, однако отягощенность соматическими заболеваниями высока.

Возраст и болезнь

Если рассматривать симптомы скрытой депрессии в процессе индивидуального развития (охватывающем все время от момента рождения до конца жизни), удастся отметить некоторое своеобразие проявлений болезни в разные,

возрастные периоды. Следует заметить, что у взрослых структура депрессивного синдрома изучена более или менее полно, но у детей такого рода исследования пока находятся в начальной стадии.

Нет единого мнения о том, в каком возрасте впервые проявляется депрессия. Считают, что первые депрессивные фазы могут возникнуть в возрасте до 10 лет, хотя другие исследователи сомневаются в правомерности такого утверждения. Все, однако, согласны с тем, что распознавание депрессии у детей вызывает большие трудности. Депрессивные состояния в детстве чаще всего или исключительно принимают форму скрытой депрессии, поскольку они большей частью выражаются нарушениями поведения или соматическими проявлениями (эквивалентами). Депрессивные эквиваленты обнаружены на первом году жизни и в раннем детстве.

Так, описаны колики в трехмесячном возрасте, а также случай младенческой экземы, сопровождавшейся чрезмерной плаксивостью. По мнению Шпитца (1946), эти состояния представляют собой реакцию ребенка на недостаточно внимательное отношение к нему матери. В таком случае дети отстают в физическом и интеллектуальном развитии, у них наблюдаются депрессивные элементы. Вначале они проявляют активный протест против «плохого» к ним отношения, но в конце концов становятся апатичными, обнаруживают сниженную физическую и психическую активность и отвергают всех взрослых.

В дошкольном возрасте расстройства сна, приступы плаксивости и крика, анорексии, выраженные симптомы возбуждения, головная боль, тик, по мнению ряда авторов, могут быть депрессивного происхождения и хорошо поддаваться антидепрессантному лечению.

У детей школьного возраста скрытая депрессия может принимать форму непослушания, лени, неуспеваемости, школьных страхов, убегания из дома, драчливости, а также ипохондрических и соматических симптомов. У детей депрессии могут протекать под видом психоневрозов.

У депрессивных детей трудно выявить психические симптомы, типичные для данного состояния у взрослых. Ос-

новной причиной обращения к психиатру оказались не расстройства настроения, а трудности в учебе и воспитании (51%), неправильное поведение (26%), психосоматические расстройства (9%), и лишь в 14% случаев причиной стационарирования была истинная депрессия, распознанная до госпитализации. И если сопоставить наиболее часто встречающиеся психосоматические симптомы у взрослых с таковыми у детей, то совпадает лишь частота появления у них расстройств со стороны пищеварительного тракта.

Частотный анализ появления функциональных расстройств, составляющих клиническую картину скрытой депрессии у взрослых и детей, позволил выявить особенности проявлений в связи с возрастом. Респираторные расстройства, боли, парестезии в конечностях, потливость не отмечались у детей, в то время как у страдавших скрытой депрессией взрослых не наблюдались энурез (обычный у 30% детей), мутизм (молчаливость: отсутствие как ответной, так и спонтанной речи при ненарушенной способности разговаривать и понимать чужую речь), кусание ногтей, убегание из дома, сосание пальцев (у 80% детей).

Особое внимание обращает на себя частая смена в школьном возрасте синдромальных проявлений астмы, экземы, головной боли и депрессий. Имеются данные о взаимосвязи депрессий с ожирением, потерей в весе, мутизмом, а также столь необычным для детского возраста состоянием, как язвенноподобный колит и язва пищевода.

Многие симптомы, наблюдаемые у подростков (страх, снижение успеваемости в школе, ипохондрические и соматические жалобы), присущи и больным юношеского возраста. Депрессивную настроенность считают единственным признаком для многих случаев юношеской депрессии. У учащихся высших учебных заведений часто отмечают депрессию, в результате они меняют дневное обучение на вечернее, факультеты, не сдают экзаменационной сессии.

Предположение о том, что страдающие депрессией дети и юноши редко или никогда не проявляют преступных стремлений, не подтвердилось. Психоподобное поведение и преступные действия в юношеском возрасте могут быть иногда единст-

енным проявлением депрессии. Так, из 121 правонарушителя юношеского возраста, привлеченного к суду, у 50% отмечались симптомы маскированной или истинной депрессии. Проведенные нами исследования несовершеннолетних правонарушителей также выявили значительный процент лиц с депрессивной симптоматикой. Проявлением депрессии у взрослых и подростков могут явиться приступы периодического злоупотребления алкоголем, наркотиками, лекарствами, разнообразные формы неврозов.

Признаки скрытой депрессии в пожилом возрасте часто принимают за недомогания, свойственные этому периоду жизни человека, поэтому они остаются без внимания. Сложилось *неправильное представление* о причинах «уменьшения энергии», безразличия, быстрого уставания, потери аппетита, запоров, бессонницы, раннего пробуждения как о нормальных для пожилого возраста явлениях. Это препятствует распознаванию депрессии, такие важные симптомы заболевания могут оставаться незамеченными.

Так, продолжительность сна у пожилых, по мнению специалистов, должна быть не меньше, чем у людей молодого возраста, и хотя они могут есть немного, аппетит у них должен быть нормальным. Печаль, другие расстройства настроения у пожилых нередко выражаются в чувствах пустоты и зависти, охватывающих больного. Выявление периодичности подобных нарушений у больного, включая расстройства сна, болезненную перемену в интересах, позволяет своевременно распознать начинающееся депрессивное заболевание.

СКРЫТАЯ ДЕПРЕССИЯ: МНОГОЛИКИЕ СИМПТОМЫ

Описывая свои состояния врачу, больные жалуются на быструю утомляемость, отсутствие инициативы, энергичности, на неспособность принимать решение, на внезапность чувства усталости, неопределенное беспокойство. И среди наиболее частых симптомов следует назвать расстройства сна, заключающиеся в нарушении засыпания, в прерывности сна и раннем пробуждении. Бессонница, снижение аппетита, потеря в весе, снижение либидо и потенции (у женщин также расстройства менструального цикла, вплоть до

аменореи), внутреннее беспокойство, ощущение несвежести и тупой тяжести в теле составляют тот круг симптомов, которые должны вызывать подозрение на маскированную депрессию при отсутствии органического заболевания.

Часты жалобы и на разнообразные ощущения боли, тяжести, чувство жжения или онемения в груди, животе, голенях, конечностях, позвоночнике, на тошноту, рвоту, запор (или понос), образование большого количества газов в кишечнике (метеоризм), головокружение, усиленное сердцебиение, на чувство стеснения и сжатия при дыхании, ощущение кома в горле, на выпадение волос. Это далеко не полный перечень симптомов. Когда имеется такое разнообразие проявлений и их нельзя уложить в рамки определенного физического страдания, отражающего дисфункцию какого-либо органа или системы органов, как правило, речь идет о скрытой депрессии.

Наличие болей — обычный симптом, усложняющий диагностику депрессии. Боли часто сопровождаются неприятными ощущениями, глубоким беспокойством и напряжением, могут локализоваться в любой части тела. Обычно они усиливаются в ночные и предрасветные часы, возможна их миграция, обычно и топографическое несоответствие болевого симптома зонам иннервации. Больные способны отличать атипичные боли от вызванных физическим недугом. Однако они часто испытывают значительные трудности в описании своих ощущений: жалуются на жжение, сдавление, ощущение «шлема», «обруча» на голове.

Во всех случаях в подобных жалобах подчеркивается неприятный характер боли (крайне мучительная, глубокая мышечная, костная), указывается и на неэффективность болеутоляющих средств. Неприятным ощущениям в голове (распирание, тяжесть в затылке, сдавление в висках и т. д.) часто сопутствуют внезапные приступы головокружения, сопровождающиеся страхом.

Любые жалобы с соматической симптоматикой, составляющие клиническую картину скрытой депрессии, характеризуются необычностью ощущений больных. Так, при дисфункциях желудка

чно кишечного тракта они жалуются на тяжесть под ложечкой, вибрации желудка, на бульканье в животе, давящее чувство переполненности, на боли кожные и мышечные в области живота. Когда ведущими в клинической картине болезни выступают сердечно-сосудистые расстройства, больные жалуются на пульсацию, сердечный спазм, покалывание в области сердца и его сжатие, предсердечное давление, на боли под ребрами, ощущение горения в груди и сильные биения сердца.

Важно то, что разного рода парестезии и «соматические» жалобы могут выражать скрытое депрессивное состояние без какого-либо сопутствующего повреждения органа или органов. Однако скрытая депрессия может сопровождаться и объективно регистрируемыми подобными изменениями, в различной степени выраженными.

Например, у больных может отмечаться повышение или понижение артериального давления, статические нарушения позвоночника, изменение электроэнцефалограммы. Нередко моментами выявляется микросимптоматика, напоминающая таковую при органическом неврологическом заболевании, в связи с чем требуется тщательное обследование у невропатолога. *Примечательно, что единственным проявлением депрессивных расстройств могут выступать периодические приступы экземы, эритемы, псориаза, нейродермита и т. д., а также невралгии лица, жалобы на люмбаго и ишиас.*

Для скрытой депрессии типично, что в ответ на направленные вопросы врача пациенты жалуются на некоторую угнетенность или невозможность радоваться, как прежде. Они не проявляют присущей им ранее энергии и активности, становятся беспокойными и нервными, иногда с ясно обозначенным чувством страха. **Трудность принятия решения — также характерная черта этого состояния.** Часто больные сами не осознают свое сниженное настроение или объясняют его соматическим недомоганием. Обилие «соматических» жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни, отсутствие или мимолетность органических изменений, неэффективность лечения соматическими средства-

ми должны вызвать подозрение на скрытую депрессию.

О НЕОСОЗНАВАЕМОСТИ СКРЫТОЙ ДЕПРЕССИИ

Пограничные состояния психики, к которым относится скрытая депрессия, называются так в отличие от грубых нарушений психики — психозов и других душевных заболеваний, которыми занимается большая психиатрия. Это область малой (отнюдь не по своему значению) психиатрии, в которой с пограничными формами психических отклонений (состояний) раньше врачей-психиатров сталкиваются участковые терапевты и педиатры, врачи широкого профиля. **Что же известно о том, как осознаются депрессивные состояния самими пациентами, почему осознание психического нездоровья может отсутствовать, появляться и исчезать?**

Баланс психического и соматического

Как выясняется, **скрытая депрессия** выступает своего рода связующим звеном между «чисто» психическими болезнями (эндогенными, включая классическую депрессию) и психосоматическими заболеваниями, такими, как язва желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь и др., в отличие от которых **соматические расстройства у больного скрытой депрессией всегда обратимы** — на уровне функциональном. Нередко скрытая депрессия «остается» после перенесенной в прошлом типичной (классической) депрессии, а может приходить на смену протекающим на «доболезненном» уровне колебаниям настроения.

Напомним, что для классической депрессии характерны подавленность, тоскливое настроение, заторможенность, а также изменения соматического тонуса. Но вот если **выраженность психических депрессивных нарушений уменьшается, исчезает заторможенность, наблюдается неполная (редуцированная) депрессия.** И по мере смещения центра тяжести проявлений де-

депрессии в сферу соматических симптомов, когда физические (телесные) боли и неприятные ощущения *выходят на передний план* в клинической картине заболевания, а психическая составляющая (настроение) *уходит на второй план*, речь идет о маскированной и, следовательно, скрытой под соматической маской депрессии.

Наконец, если соматические расстройства, заполнив собой всю картину депрессии, звучат настолько ярко, мощно и убедительно, что *психическое (депрессивное) уже не выявляется и не осознается больным*, на этом крайнем полюсе скрытой депрессии располагаются так называемые эквиваленты депрессивных проявлений, в которых обнаружить врачу депрессивные расстройства чрезвычайно трудно практически или не удастся совсем. Именно эти состояния были названы депрессией без депрессии (или улыбающейся депрессией).

В скрытой депрессии, несмотря на самый разнообразный маскирующий ее фасад, степень выраженности психического (депрессивного) чаще неглубокая, но имеет вполне определяемые градации. Например, в связи с *незначительной глубиной скрытой депрессии нередко суицидальные попытки*. По сути дела, наблюдается присущая депрессиям закономерность, заключающаяся в том, что чем слабее депрессия, тем интенсивнее соматические проявления, и наоборот, на смену выраженным соматическим симптомам (имитирующим соматическое заболевание) приходит депрессия.

Таким образом, в явлениях скрытой депрессии имеет место психосоматическое балансирование (Е. Краснушкин, Т. Невзорова), которое, по мнению психиатра Е. Краснушкина (1942), является *всеобщим законом, царящим в отношениях между психическими и соматическими заболеваниями*. В рамках депрессивных патологических состояний психическо-соматический баланс выглядит так, что на одном полюсе находится классическая депрессия, а на другом — ее соматические эквиваленты (проявления).

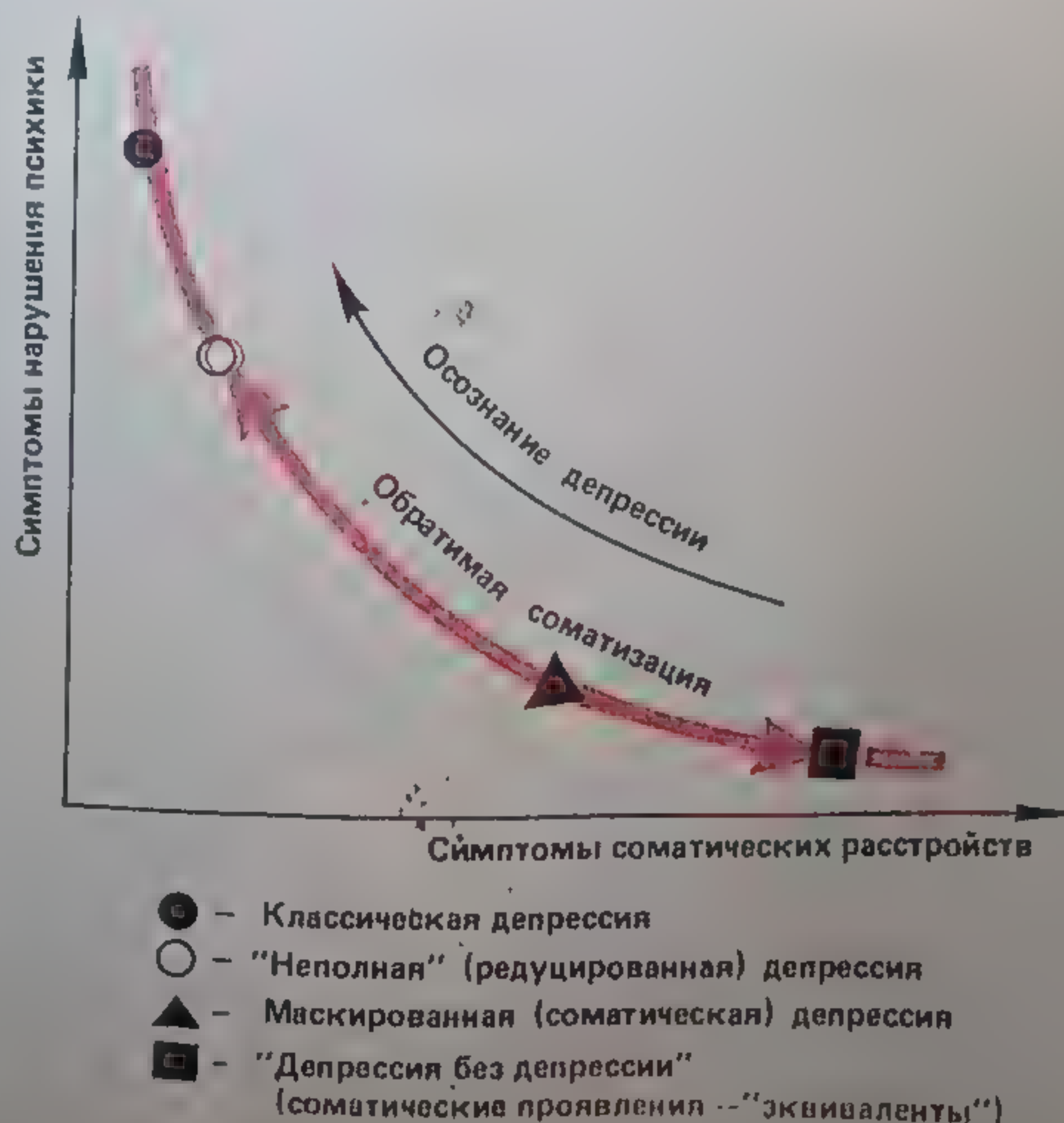
Что касается перехода психодепрессивного в выраженное соматическое в симптоматике состояний, то происходит такая трансформация через редуцированную и маскированную (соматическую) депрессию, а когда психодепрессивное исчезает в симптоматике полностью, оно является нам в соматических эквивалентах.

Так вот при этом переходе в состояниях и наблюдается весьма примечательное явление — *исчезновение осознания больным собственно депрессивных (психических) расстройств*. (Это обстоятельство — *переход психического (депрессивного) в соматическое и обратно с одновременным исчезновением и соответственно появлением осознания депрессии* условно изображено на прилагаемой схеме.

Что известно о механизмах

«Я твердо убежден, — пишет известный испанский психиатр Лопес Ибор-старший, — что так называемые психосоматические нарушения во многих случаях являются депрессивными эквивалентами». Можно не согласиться с тем, что он включает в рамки депрессии (относя к эквивалентам) ряд соматических болезней (некоторые случаи астмы, рецидивирующей экземы, нарушения, часто диагностируемые как гастрическая язва). Но справедливо то, что между полюсами психическое — соматическое на широкой шкале депрессивных состояний соматические эквиваленты представляют собой *ступень в развитии депрессии*. А это значит, что имеются и общие механизмы «чисто» депрессивных и соматических проявлений.

И все же, почему соматические симптомы могут отсутствовать, не представлены в классическом синдроме депрессии? Быть может, организму в этом



случае достаточно того, что осознается психическое? А вот когда осознание исчезает, требуется уже «бить в колокола», болями и неприятными телесными ощущениями сообщая «верхним этажам» управления (в коре головного мозга) о грозных неполадках?

Может быть, поэтому пациенты говорят в этом случае лишь о соматических симптомах и, жалуясь на боли, неприятные ощущения, не замечают сниженного, угнетенного настроения? Похоже, что это своеобразная «аварийная» сигнализация через периферию нервной системы (боли) и глубинную чувствительность (ощущения) без четкой локализации. Она включается, когда отсутствует осознание депрессии, то есть несостоятелен магистральный канал передачи информации о неблагополучии в аффективной сфере психики.

Возможно, в сигнализации «темным чувством» имеется и такая биологическая целесообразность, а связь подобных ощущений с аффективной сферой доказана (М. Аствацатуров). Представляется, что общий механизм состоит в образовании патологически функционирующей динамической системы, представленной на всех этажах мозга с различной и меняющейся степенью вовлечения его структур. Об этом свидетельствует тот факт, что по мере смещения центра тяжести депрессивных нарушений в соматическую сферу исчезает параллельно осознание психодепрессивного, а в результате терапии антидепрессантами обнаруживается обратная последовательность перехода соматического в психическое (в симптомах).

В этой связи возникает и чисто практический вопрос: правомерно ли следовать принципам традиционной нейролептической терапии, когда речь идет о маскированной депрессии или когда депрессия выражена исключительно соматическими эквивалентами? Иными словами, должна ли быть медикаментозная терапия в этих случаях «ударной» с наращиванием терапевтических доз до достижения максимальных с целью быстрой редукции психического. Ведь в скрытой депрессии оно уже трансформируется в соматическое, а следовательно, нет и нужды в максимальных дозах. Вот почему при лечении этих состояний мы перешли на минимальные дозы антидепрессантов и нейролептиков, и практика доказала правильность такого подхода.

МАСКИ, СКРЫВАЮЩИЕ ДЕПРЕССИЮ

Известно, что клиническая картина скрытой депрессии может имитировать как функциональные, так и органические нарушения в организме, отличаясь малой выразительностью — «бледностью» типичных симптомов депрессии, множественностью и неспецифичностью соматических расстройств. В целом наиболее характерна комбинация следующих симптомов: бессонница, отсутствие аппетита, головная боль, жалобы на нарушение со стороны внутренних органов, наконец, внутреннее беспокойство, усталость.

Перечень всех соматических проявлений скрытой депрессии сам по себе вряд ли имеет смысл, поскольку в каждом конкретном случае, когда речь идет не о болезни, а о больном, врач сталкивается с «маской» — определенным набором таких симптомов, маскирующих истинную картину болезни. Каковы же наиболее распространенные маски депрессии?

Вариант соматических масок — алгическо-сенестопатический

Маскирующие депрессию боли (алгии) и разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела (сенестопатии), о которых сообщают пациенты, встречаются примерно в 50% случаев. Отсюда и принятое в медицине название варианта таких масок — алгическо-сенестопатический.

Появление болей происходит чаще внезапно. Топографически не соответствует болевой синдром зонам иннервации, отсутствует эффект от анальгетиков. Как правило, больные связывают возникновение болей с каким-либо событием, часто пытаются найти внешнюю причину их появления. Чувство подавленности, безнадежности, пониженное настроение они стараются объяснить длительными, многочисленными обследованиями и безуспешным лечением у терапевтов, невропатологов, хирургов, эндокринологов, урологов, отоларингологов, аллергологов, стоматологов. И обычно никто не подозревает

наличие психического заболевания — *маскированной депрессии*. А между тем упорство и своеобразие жалоб, особенности течения заболевания, отсутствие ряда характерных для клинической картины конкретного соматического заболевания симптомов и безуспешность лечения, показанного в таких случаях, **служат мотивами для направления таких больных к психиатру.**

Так, больные приходят на консультацию и лечение к психиатру после длительного наблюдения врачами разных специальностей, проведения неоднократных клинических исследований и малоэффективного лечения, вплоть до хирургического. Не секрет, что такие больные подвергались оперативным вмешательствам по поводу патологии, которой при операциях врачи не обнаруживают. Также бесполезно проводятся диагностические пункции, многократные рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, анализы желудочного содержимого, дуодинальное зондирование.

Количество обследований и процедур, проведенных таким больным за длительный срок наблюдения и лечения у врачей-интернистов, весьма велико. И если даже обнаруживаются какие-то объективные изменения, то они не могут объяснить стойкости и многообразия жалоб. Всегда имеется несоответствие между обилием жалоб и незначительными возможными органическими изменениями. Такие пациенты длительно лечатся амбулаторно или стационарно, получают курортное лечение, однако не отмечают заметного улучшения.

Маска — абдоминальный синдром

Это конкретная маска *алгическо-сестопатического варианта* — боли, спазмы, ощущения жжения, онемения, покалывания, давления (парестезии) и т. д. в области живота. Больные испытывают тяжесть, «переполнение», «распирание», «вибрацию» желудка, «вздутие» кишечника, тошноту, мучительную отрыжку. Боли чаще длительные, постоянные, ноющие, распирающего тупого характера, но периодически на этом фоне отмечаются кратковременные, сильные, молниеобразные. Появляются боли периодически (наибольшая интенсивность в ночное и утреннее время суток), они не связаны с приемом и характером пищи.

Как правило, отмечается понижение аппетита, больные едят без удовольствия, теряют в весе, страдают мучительным запором, реже поносом. К наиболее

постоянным проявлениям этого синдрома, кроме болей, относится метеоризм — ощущения вздутия, переполненности, урчания кишечника. Больные неоднократно вызывают «скорую помощь», в экстренном порядке доставляются в стационары с подозрением на острое заболевание желудочно-кишечного тракта, спаечную болезнь, пищевое отравление.

Обычно ставят им диагноз гастрита, холецистита, панкреатита, колита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, солярита, дискинезии желчных путей, аппендицита, спаечной болезни, дисбактериоза, а некоторые из них подвергаются оперативным вмешательствам, не выявляющим предполагаемой патологии. В некоторых случаях после перенесенного оперативного вмешательства соматическая симптоматика исчезает и общее состояние больного улучшается, что, по-видимому, объясняется мощным стрессовым влиянием операции, мобилизующей защитные силы организма и прерывающей приступ депрессии.

Данные объективного исследования (осмотр, показатели клинических и биохимических анализов крови, рентгенологическое обследование, анализ желудочного содержимого и дуоденальное зондирование, копрологическое исследование), как правило, остаются в пределах нормы, если же и обнаруживаются незначительные отклонения, то они не объясняют характера и стойкости боли. Немаловажно отсутствие эффекта от терапевтического лечения предполагаемого соматического заболевания.

Маска — глоссалгический синдром

В выявлении депрессивных состояний врачи и сами больные сталкиваются со значительными трудностями. Под *глоссалгиями* принято понимать заболевание языка и слизистой оболочки полости рта, при которых основными симптомами являются жжение, пощипывание, покалывание, саднение, зуд, онемение, нередко в сочетании с болями в языке. И дело не только в том, что жалобы больных на боли и неприятные ощущения часто принимают форму необоснованных беспокойств по поводу мнимого неизлечимого тяжелого заболевания (носят ипохондрический характер), нередко они совпадают с протезированием и лечением зубов. Проявления депрессивных расстройств (подавленность, угнетенность, плохое настроение, тревога и т. д.) настолько похожи на состояния, сопутствующие стоматологическим болезням, что часто не пред-

ставляются консультантам и самим пациентам первичными.

Тем не менее многократные всесторонние обследования не выявляют объективных изменений либо результаты неадекватны имеющимся жалобам. Это обстоятельство должно настораживать. Запоздалое распознавание депрессии приводит к тому, что пациенты подвергаются ортопедическим и стоматологическим вмешательствам. Именно по настоянию таких больных часто происходит экстракция (удаление) одного или нескольких здоровых зубов, вплоть до удаления всех на верхней и нижней челюстях. Известны случаи неоправданного удаления всех зубов по настоянию пациента, страдавшего скрытой депрессией.

Многочисленные жалобы на боли в области лица, полости рта, зубов, языка, губ, нёба имеют давящий, ломящий оттенок («ноет», «печет», «распирает», «червячок крутится», «пульсирует»). Больные четко отличают их от ощущений обычной физической боли. Чаще пациенты ощущают жжение, покалывание, пощипывание, ползание мурашек, «волос на языке», «язык, песком посыпанный», сообщают о сухости во рту, особенно по утрам. После первого приема пищи она уменьшается, но к вечеру вновь нарастает. Не редко наблюдается обильное слюнотечение.

Часть пациентов жалуется на увеличение языка, затрудненность речи, быструю утомляемость глотания, тяжесть и чувство языка как инородного тела. Сообщают о горечи во рту с металлическим привкусом. Во время еды эти ощущения исчезают, а по прекращении вновь возникают. Жалобы больных, возникнув остро и неожиданно, приобретают затем постоянный характер, лишь изменяя свою интенсивность в течение суток: уменьшается интенсивность болей в утренние часы, а максимальная их выраженность в вечерние.

Вместе с тем больные часто жалуются на бессонницу, чувство тошноты, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, отсутствие аппетита, боли в различных частях тела (голова, сердце, живот, суставы). Такое разнообразие симптомов, не укладывающееся в рамки какого-либо стоматологического заболевания, а также длительность, упорство и своеобразие его течения дают основание заподозрить наличие маскированной депрессии.

Маска — кардиалгический синдром

Имитирует болезнь сердца. Ведущие жалобы — боль, неприятные тягостные

ощущения различной интенсивности в области сердца: сжимающего, ноющего, жгущего, сверлящего характера, жжение, спазм, пульсации, горение и т. д. — в предсердечной области, сильные сердцебиения, перебои. Излагая эти жалобы, больные употребляют необычные выражения и сравнения для характеристики испытываемых ощущений: «огненные ощущения в груди», «шум в сердце», «стук», «судороги», «уколы», «распирающие», «спазм за грудиной», «стягивание грудной клетки».

Чаще боли довольно постоянные, длительные (от недели до нескольких месяцев), тупого характера, реже приступообразные, псевдостенокардические — довольно острые, жгучие. Локализация болей ограничивается областью грудины, верхушки сердца, но больные подчеркивают их глубокое расположение («где-то глубоко, далеко внутри»). Боли, возникая в области сердца, распространяются на всю грудную клетку, отдают в области шеи, лопатки, живота, головы. Сердечные болеутоляющие препараты уменьшают интенсивность, но не снимают этих болей.

Возникновение этих болей не связано с физической нагрузкой, чаще они появляются спонтанно, реже после эмоциональных напряжений, как правило, в предрабочие и утренние часы. Наряду с болями и неприятными ощущениями в области сердца пациенты испытывают перебои, усиленное сердцебиение, ощущение кома в горле, удушья, нехватки воздуха, которые сопровождаются страхом смерти.

Кроме болей и неприятных ощущений в области сердца, нередко наблюдаются объективно регистрируемые нарушения ритма сердечной деятельности, нормализация которого наступает в процессе лечения антидепрессантами, что свидетельствует о депрессивной природе расстройств. Вместе с тем выявляются и нарушения сна, аппетита, похудание, запоры, а также ощущение внутреннего дискомфорта, разбитости, мышечного бессилия, неоправданное беспокойство, смутное чувство тревоги, волнения, снижение общего тонуса, работоспособности и активности.

Такие пациенты неоднократно вызывают «скорую помощь», стационарируются в терапевтическое отделение с диагнозами стенокардии, инфаркта миокарда, вегетососудистой дистонии, невроза сердца, пароксизмальной тахикардии, шейного остеохондроза, атеросклероза коронарных артерий с явлениями ангионевроза, которые в дальнейшем при обследовании частично или полностью отвергаются.

Маска
синдром

Головные
депрессии
Больные за-
ности голо-
упорный,
тывшая ощу-
или сдавли-
пульсации,
редко пуст-

Порой
стонах
рующем х-
ной, то в
области. Г-
ощущения
ствуют зон-
дистым ба-
в отдельн-
тела. Част-
раннем пр-
большей и-
ные и утре-
шается к-
ностью ис-
фоне диф-
периодиче-
тенсивной

Приме-
ляется
внешне ни-
гетически-
раты лиш-
болей, не-
боль возн-
иногда в-
Отчетливо
боли и по-
установит

Наряду
часто жалу-
равновесия
возбуждается с-
зрения, слаб-
ния, неопред-
от положен-
нию («земл-
нота перед-
ну», «что-то
больные пр-
своими дела-
обязанности
ищ между
ицей голово-
признаков

Маска — цефалгический синдром

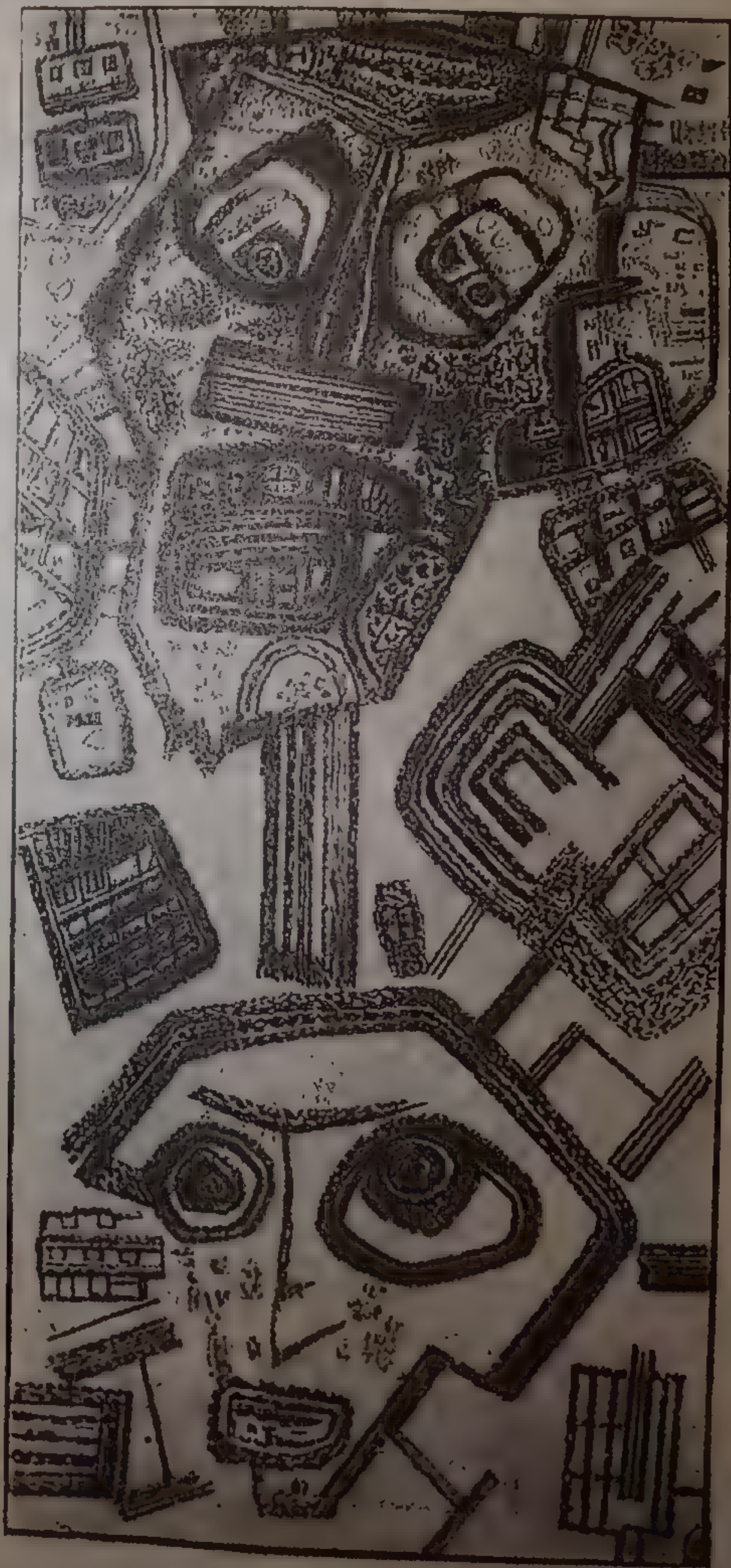
Головная боль как маска скрытой депрессии доминирует в ее проявлениях. Больные затрудняются описать особенности головных болей, подчеркивают их упорный, мучительный характер, испытывая ощущение жжения, распиравания или сдавливания, горения и тяжести, пульсации, стягивания и онемения, нередко пустоты.

Порой им трудно указать точно местонахождение боли, говорят о мигрирующем характере: то в лобно-височной, то в затылочной, то в теменной области. Головная боль и неприятные ощущения топографически не соответствуют зонам иннервации черепа и сосудистым бассейнам, распространяются в отдельных случаях и на другие части тела. Часто боль возникает ночью (при раннем пробуждении), достигая наибольшей интенсивности в предрассветные и утренние часы, постепенно уменьшается к середине дня и почти полностью исчезает к вечеру. Иногда на фоне диффузной тупой головной боли периодически отмечаются приступы интенсивной пульсирующей боли.

Примечательная деталь — боль отличается субъективным характером и внешне ничем не проявляется. Анальгетические и спазмолитические препараты лишь снижают интенсивность этих болей, не снимая их. Чаше головная боль возникает беспричинно, у женщин иногда в предменструальный период. Отчетливой связи между наступлением боли и психотравмирующей ситуацией установить не удается.

Наряду с головной болью такие пациенты часто жалуются на головокружение, нарушение равновесия тела, шаткость походки, что сопровождается стеснением в груди, затуманенностью зрения, слабостью в ногах. Тягостные эти ощущения, неопределенные и расплывчатые, не зависят от положения тела, с трудом поддаются описанию («земля проваливается под ногами», «темнота перед глазами», «все время тянет в сторону», «что-то кружится в голове»). Вместе с тем больные продолжают передвигаться, заниматься своими делами и выполнять профессиональные обязанности, что свидетельствует о несоответствии между субъективно испытываемым ощущением головокружения и отсутствием объективных признаков расстройства координации.

Кроме описанных выше жалоб, имеют место понижение аппетита, нарушение сна, запоры, потеря чувства радости, утрата интересов, желаний, угнетенное настроение, уныние, пониженная работоспособность. Длительное время страдая от головной боли, больные, как это принято, неоднократно обследуются у многих специалистов, которые не находят у них органических изменений. С диагнозами неврастения, мигрень, вегетососудистая дистония, органическое заболевание головного мозга они кочуют из одной больницы в другую, из одного научного центра в другой.



Павел Филонов. Голова. 1924. Бумага, акварель. 21,4 × 10

Маска — артралгический синдром

Это разнообразные боли в суставах, позвоночнике, в прилегающих к ним мышцах и коже. Больные рассказывают о тянущем, распирающем, давящем, натирающем, мешающем ходьбе болевых ощущениях, чувстве «одеревенения в суставах», невозможности сгибания или разгибания без опасения вызвать боль, присутствие чего-то постороннего, мешающего движению. Появление болей сопровождается покалыванием, онемением, ощущением жара в коже вокруг суставов и по ходу позвоночника. С подозрением на артриты, радикулиты, невралгии, миопатии такие больные оказываются в соматических и неврологических стационарах. *Электропроцедуры, грязелечение, массаж не улучшают состояния, а в ряде случаев вызывают дополнительные неприятные ощущения.*

Маска — паналгический синдром

В тех случаях когда имеют место *мигрирующие боли без постоянной локализации и перемещающиеся из одной части тела в другую, а иногда захватывающие все тело, говорят о паналгическом синдроме.* Так, возникнув в области головы, они переходят в область сердца, желудка, кишечника, или, наоборот, начавшись в подложечной области, распространяются на сердце, оттуда на шею, сдавливая и перехватывая дыхание, и далее вверх к голове.

Такие больные подчеркивают необычный, трудноописуемый характер и непостоянство этих болей, называют их бродячими, ходячими, блуждающими, скачущими. Боли то возникают в одном месте тела и, продержавшись два-три дня, беспричинно переходят в другое, то исчезают совершенно на некоторое время, чтобы появиться вновь. Часто пациенты жалуются на тянущие, мучительные, глубокие боли в конечностях, позвоночнике, области поясницы, на тяжесть или слабость в ногах. Боли продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и месяцев, интенсивность их изменяется в течение суток.

Сообщают такие пациенты и о сухости, горьком привкусе во рту, потливости, плохом аппетите, похудании, а также *расстройствах сна, потере чувства радости, утрате интересов, желаний, унынии, снижении работоспособности.*

сти. И самое существенное скрыто болями и неприятными ощущениями.

Вариант соматической маски — бессонница

Расстройства сна являются ведущими, основными, а порой и единственными проявлениями скрытой депрессии. Упорная, длительная бессонница (агрипния) выражается в раннем пробуждении (как правило, в три-четыре часа утра), в сокращении продолжительности ночного сна и в отсутствии эффекта от снотворных препаратов. Нарушение сна наблюдается при всех вариантах маскированной депрессии, однако степень выраженности его различна. Больные сообщают, что приступы агрипнии, как правило, чередуются с периодами полного психического и физического здоровья, приступами неясной головной боли или болями в сердце и желудке.

Именно по поводу этих проявлений заболевания пациенты обращались к врачам общего профиля и лечились у них с диагнозами нейроциркулярная дистония, неврастения, тиреотоксикоз, гастрит, холецистит, колит. Однако на момент психиатрического обследования у них часто не выявляется соматических заболеваний, которые можно поставить во взаимосвязь с агрипническими нарушениями.

Нередко первому приступу заболевания предшествует какая-либо психотравмирующая причина (болезнь близких, длительное нервно-психическое напряжение), однако в последующем приступы бессонницы возникают самопроизвольно. Чаще провоцирующих факторов выявить не удается, и тогда приходится говорить о спонтанном возникновении заболевания.

Течение заболевания периодическое: отмечается от двух до пяти и более приступов бессонницы продолжительностью от одного-двух дней до нескольких месяцев. В основном первые приступы болезни проявляются в виде кратковременных головных болей, типа мигренозных, вегетососудистых пароксизмов, «блуждающих» алгий. Прослеживается определенная закономерность: чем длительней заболевание, тем более продолжительны, упорны расстройства сна и тем рельефнее другие телесные проявления и собственно депрессивные нарушения.

Как правило, приступы начинаются постепенно, без каких-либо предвестников. Продолжительность межприступных периодов — светлых промежутков, когда больные себя ощущают вполне здоровыми, различна — от нескольких месяцев до нескольких лет.

Бессонница как самостоятельный вариант соматической депрессии складывается из раннего пробуждения и сокращения продолжительности ночного сна. Пациенты сравнительно легко засыпают в обычное для них время, но, проспав несколько часов, внезапно пробуждаются (в три-четыре часа утра) как от внутреннего толчка, смутного беспокойства, волнений, дрожи, предчувствия беды. Большинство больных потом уже не могут заснуть. В этот период раннего бодрствования появляются навязчивые мысли о заботах предстоящего дня, сомнения, опасения. Некоторые больные, прободрствовав три-два часа, вновь засыпают, но сон чуткий, поверхностный («словно в полубытьи»).

Утром больной встает с чувством общей разбитости, сонливости, несвежести, тяжести в голове, с отсутствием аппетита («не хочется даже думать о еде»). Длительно, с большим трудом входит в рабочий ритм. Особенно тяжелой бывает первая половина дня, когда перечисленные выше ощущения выражены максимально. К середине дня улучшается общее самочувствие, появляется аппетит, повышается работоспособность. Но пониженное настроение расценивается самим больным и его окружением как следствие бессонницы.

Вариант соматических масок — диэнцефальный

Гипоталамическая (диэнцефальная) область головного мозга ответственна за сложные и многообразные проявления, маскирующие депрессию.

Длительное время пациенты наблюдаются у терапевтов, невропатологов, эндокринологов с диагнозами нейроциркулярная дистония, кардионевроз, соматогенный невроз, неврастения, пансинусит, астматический бронхит, вазомоторный ринит. Больные многократно обследуются у рентгенологов и аллергологов, подвергаются диагностическим пункциям и оперативным вмешательствам.

вам. Периодичность, своеобразие проявлений заболевания и отсутствия эффекта от терапевтического лечения служат основанием для направления таких больных к психиатру.

Как правило, причина, обусловившая первый приступ заболевания, выявляется сравнительно быстро. Нередко предшествует алкогольная интоксикация, осложненная курением, прием, совпадающий по времени, крепкого чая или кофе, простудные заболевания, психотравмирующие события (психогении). В последующем приступы чаще возникают без видимых причин, а иногда совпадают с действием каких-то незначительных внешних факторов.

Болезнь протекает периодически в виде более различной локализации, бессонницы, снижения полового влечения (либидо) и потенции. Продолжительность этих состояний — от нескольких недель до нескольких месяцев, интенсивность проявлений подвержена волнообразным колебаниям. Наряду с соматическими масками обнаруживаются стертые депрессивные колебания настроения продолжительностью от одного-двух дней до нескольких недель, возникающие без видимой причины (чаще в осенне-весенний период).

В это время без причины появляются тоска, хандра («все валится из рук», «мир теряет краски», «хочется одиночества»), возникают мысли о бессмысленности жизни. Больные испытывают легкое томление, острое чувство вины, потребность в поэтическом творчестве пессимистической направленности. Подобное состояние никогда не приводит пациента к врачу и проходит самопроизвольно и незаметно.

Заболевание может начаться с приступа (острое пароксизмальное начало), возникает на фоне хорошего самочувствия, сопровождаясь страхом за жизнь, двигательным беспокойством. Эти проявления носят характер жизненной (витальной) катастрофы, они резко выражены и настолько субъективно неприятны, что больные вызывают «скорую помощь». Если заболевание протекает по типу аллергического ринита (насморка), приступы начинаются сравнительно постепенно, но в течение нескольких дней выраженность симптоматики становится максимальной.

При остром начале чаще ночью или ранним утром больные внезапно пробуждаются в три-четыре часа утра как от внутреннего толчка. Первым субъективным проявлением бывает ощущение

удара, страшного давления, расширения, пульсации головы либо дурноты, покачивания, пошатывания, все уходит из-под ног. Такое состояние мгновенно сменяется ознобом, дрожанием всего тела, усиленным сердцебиением. Возникают колющие боли в области сердца, ощущение его остановки, замирания, перебоев, потливость, страх смерти.

Нередки ощущения проваливания, падения в бездну, неустойчивости, головокружения. Сообщают пациенты и об урчании, метеоризме, усилении перистальтики кишечника, ложных позывах на мочеиспускание, дефекацию, резкой общей физической слабости, адинамией, бессилии, немотивированном тягостном чувстве тревоги, беспокойства, обильной потливости.

В момент криза больные, как правило, вызывают «скорую помощь», однако врачи не обнаруживают объективных признаков патологии и лишь иногда выявляют тахикардию (учащенный пульс) и повышенное артериальное давление (гипертонию). Криз продолжается от нескольких минут до полутора-двух часов и заканчивается постепенно, оставляя после себя ощущение слабости, сонливости. После криза в течение нескольких дней сохраняется чувство тревоги, подавленности, разбитости, пониженный аппетит. Постепенно и эти явления сглаживаются, а самочувствие пациента выравнивается и возвращается к исходному. Выявить определенную закономерность возникновения кризов не удается.

К особенностям описанного синдрома относится преобладание ярких, многообразных расстройств, однако носящих субъективный характер (при отсутствии объективных признаков криза); а в дальнейшем и смягченность их выраженности в процессе развития заболевания. Кроме того, кризы при маскированной депрессии не отличаются стереотипностью проявлений, что свойственно органическим поражениям диэнцефальной области головного мозга.

У больных периодически возникают ощущения заложенности в носу, зуд, онемение, жжение, покалывание, напряжение в области носа, придаточных пазух. Затрудняется носовое дыхание, возникает чувство давления, распира-ния и тяжести в области носа, появляется частое дыхание, обильные слизистые выделения, нарушается обоняние, изменяется тембр голоса. При объективном исследовании полости носа в мо-

мент приступа наблюдается изменение слизистой оболочки — неравномерность окраски, набухание и отек раковин, наличие в носовых проходах прозрачных выделений.

Кроме указанных локальных симптомов, у больных отмечаются общевегетативные расстройства — беспокойный сон, прерывистый с кошмарными сновидениями и ощущениями удушья, снижение аппетита, похудание, тахикардия, потливость, а также стертые депрессивные нарушения — внутренний дискомфорт, слабость, разбитость, бессилие, нехватка физических сил, неопределенное волнение, беспокойство, смутная тревога, снижение работоспособности и активности, падение интереса к любимому занятию, чувство безысходности, бесперспективности, то-скливость.

Приступ начинается постепенно, его развитию, как правило, предшествуют простуда, переохлаждение. В большинстве случаев приступы схожи по характеру, степени выраженности и продолжительности (от одного-двух до шести месяцев), отмечается четкая сезонность проявлений (осенне-весенняя). По окончании приступа все проявления со стороны полости носа исчезают. Однако иногда в светлом межприступном промежутке возникают проходящие заложенность носа, затруднение дыхания, неприятные ощущения. Больные длительно (5 лет и более) лечатся у отоларингологов и с диагнозом гайморит и пансинусит, аллергический полипоз, хронический ринит проходят тщательное обследование, получают консервативное и хирургическое (неоднократные операции под местным и общим наркозом) лечение без существенного эффекта.

Вариант маски — псевдоастматический

Ложный астматический синдром возникает на фоне легких депрессивных нарушений. Периодически наблюдаются расстройства частоты, ритма и глубины дыхания. Субъективно больные испытывают мучительное, тягостное ощущение удушья, стесненного дыхания, кома в горле, нехватки воздуха. И дыхание становится учащенным, поверхностным, отмечаются добавочные вдохи. Приступы нарушения дыхания возникают спонтанно, чаще в утренние

часты, в состоянии покоя. Они не связаны с физической нагрузкой и эмоциональным напряжением.

В отличие от истинных приступов астмы при скрытой депрессии во время приступа не удается отметить вынужденной позы, не меняется внешний вид больного, выражение его глаз, окраска кожных покровов и слизистых оболочек обычные. Объективных признаков органического заболевания дыхательных путей, как и во всех вышеописанных случаях, не выявляется.

Вариант маски — обсессивно-фобический синдром

На первом плане навязчивость мыслей и страхи с одновременным осознанием их болезненности, насильственности над собственным «я», беспочвенности, со стремлением к их преодолению. Внешне проявления собственно депрессивных нарушений незначительны: это «психическая» маска депрессии — особая характерная форма сочетания навязчивостей, страхов и депрессивной симптоматики.

Чаще депрессия начинается по типу описанного выше диэнцефального криза, поэтому больные длительно наблюдаются невропатологами, терапевтами, эндокринологами, ставящими диагнозы: нейроциркуляторная дистония, инфаркт миокарда, тиреотоксикоз, которые после обследования отвергаются. Лишь с появлением выраженных страхов больные обращаются наконец к психиатру либо самостоятельно, либо по направлению лечащего врача.

Еще до начала заболевания у некоторых больных выявляются такие черты характера, как тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к сомнениям, опасениям, неуверенность в правильности принятых решений и поступков. Нередко заболеванию предшествуют периодические нарушения сна, беспричинные, преходящие и не имеющие органической основы боли в сердце, голове, животе. Иногда удается выявить, что и в прошлом имелись депрессивные эпизоды или периоды страхов с острым чувством тоски. Длительность приступов колеблется в широких преде-

лах, а промежутки между эпизодами могут быть 10 лет и более.

По типу диэнцефального криза приступ обычно начинается остро. У больного внезапно (чаще ночью) возникает чувство жара, усиленное сердцебиение, дрожь, страх смерти, чувство дурноты и удушья. Ощущается удар в голову, комок в подложечной области, спазм в горле, жар в теле, сдавливание всего тела, иногда сильная ходячая боль за грудиной, под лопаткой, в руке. Приступы продолжаются от нескольких минут до суток, постепенно затихают, не сопровождаются изменениями ЭКГ и артериального давления.

Подобные четко очерченные приступы наблюдаются, однако, только в начале заболевания и носят характер жизненной (витальной) катастрофы, заставляя больных прибегать к неотложной врачебной помощи, являясь основой формирования страха смерти в дальнейшем. В последующем приступы могут сглаживаться либо совсем исчезать, но навязчивые страхи не дают покоя.

Особенно часты и разнообразны фобии — страх умереть от остановки сердца, страх удушья, одиночества, закрытых помещений. Спектр страхов разнообразен, но самым частым является страх смерти. Хотя пациенты критически относятся к страхам, понимая их необоснованность, стремятся к их преодолению, все же в период приступа они полностью оказываются во власти страха: носят при себе лекарства, вырабатывают свои особые маршруты, пролегающие мимо медицинских учреждений, перестают пользоваться транспортом.

Общую картину заболевания дополняет чувство слабости, разбитости, пониженного аппетита и нарушения сна с усилением навязчивости мыслей в часы раннего пробуждения. Но больные не высказывают активных жалоб на пониженное настроение, а если и осознают его, то связывают с наличием страхов и навязчивых мыслей. Пациенты говорят об отсутствии радости, приглушенности чувств, изменений вкуса к жизни (ибо «померкли краски мира», «одеваюсь по инерции»). Страхи и навязчивости вместе с пониженным настроением имеют опять-таки суточную динамику: усиливаются по утрам и ослабевают к вечеру.

Вариант маски — наркомания

Это один из самых непримечательных и социально значимых вариантов маскированной депрессии. Речь идет о кон-

интенсивнее лиц, страдающих скрытой депрессией, частным проявлением которой являются злоупотребления алкоголем и другими наркотическими средствами. Дело в том, что к наркоманическому варианту относятся состояния, при которых ведущими проявлениями маскированной депрессии (основного заболевания) являются приступы алкоголизации и употребление наркотиков. Именно периодически возникающие депрессивные нарушения и расстройства соматовегетативной сферы первоначально и формируют алкоголизм, наркоманию.

До появления этих социальных масок у больных наблюдаются напряжения, беспокойство, понижение настроения, угнетенность, потеря энергии, активности, чувство беспомощности, затрудненность в общении с окружающими, тоска, нежелание жить. Эти состояния возникают беспричинно или после психотравмирующих событий, порой незначительных, но имеют суточную динамику, носят глубокий, то есть жизненный (витальный), характер. Не принимая психических форм, они не вынуждают больного обращаться к психиатру. Но так как еще до злоупотребления алкоголем или наркотиками выявляются самые разнообразные боли и неприятные ощущения (в сердце, желудке), нередко периоды бессонницы, пациенты неоднократно госпитализируются с диагнозами: ревматизм, язвенная болезнь желудка, вегетососудистая дистония, невроз сердца, неврастения.

При обследовании соматической патологии не обнаруживают и поставленные диагнозы отвергаются, а скрытые депрессивные нарушения не осознаются и объясняются физическим недомоганием. Но весь ужас положения в том, что прием алкоголя и наркотиков на краткий миг иллюзорно облегчает состояние таких больных. Сама болезнь — депрессия так и остается нераспознанной, нелеченной, а стало быть, эти состояния усугубляются в связи с быстро развивающейся зависимостью к алкоголю и наркотикам.

Известно, что синдром лишения (отмены, или, как его называют в медицине, абстинентный синдром) развивается постепенно, на протяжении определенного срока наркомании и зависит от многих факторов (в частности, от вида наркотика). Для его формирования очень короткий срок требуется при опиоманиях, а самый замедленный — при алкоголизме. У больных скрытой депрессией синдром лишения развивается чрезвычайно быстро, и, что особенно важно, пристрастие, развернутая стадия алкоголизма и наркомании формируются в молодом возрасте. У боль-

шинства из них наследственность отягощена алкоголизмом (особенно родственников мужского пола), суицидальными проявлениями, психопатиями и психическими заболеваниями.

Синдром отмены у этих больных проявляется сложной рельефной мозаичной картиной, где наряду с депрессивными расстройствами в форме пониженного настроения, с ярким чувством вины, идеями самообвинения, самоуничтожения, суицидальными мыслями и действиями имеют место соматовегетативные проявления (разнообразные боли, неприятные ощущения, отсутствие аппетита, повышенное артериальное давление, похудание, запоры, сухость языка, усиленное потоотделение и т. д.). Однако первичные депрессивные нарушения здесь преобладают.

Часто пристрастие к спиртному проявляется у больных *в виде запоев*, которые возникают на фоне внутреннего напряжения, тревоги, общего дискомфорта. Продолжительность последних составляет от двух-трех дней до полутора месяцев. Эти запои становятся более выраженными и длительными, требуют медикаментозного лечения.

В отличие от соматических масок, для успешного лечения которых своевременное, раннее распознавание скрытой депрессии — путь к успеху, *в этом варианте лечение одной только депрессии вряд ли принесет желаемые результаты*. Ибо употребление алкоголя, наркотиков (или того и другого вместе), а часто вообще суррогатов приводит к таким изменениям со стороны внутренних органов и нервной системы, что *требуется порой длительного комплексного лечения* в условиях строгой изоляции в больнице.

Вариант маски — нарушения в сексуальной сфере

Половые нарушения являются не только самыми постоянными но и, пожалуй, самыми ранними признаками начинающейся депрессии. С нарастанием депрессивных проявлений углубляются и изменения в сексуальной сфере: в продолжительности полового акта, в выраженности адекватных и утренних эрекций, половой активности в целом,

притупляется оргазм, снижаются либидо, частота поллюций. При этом *интенсивность половых расстройств имеет суточные колебания*. Если до заболевания половой акт практиковался больным по утрам, то теперь, при начавшейся депрессии, осуществить его в этот период времени не удастся. И наоборот, при извращенном суточном ритме депрессивных нарушений с ухудшением состояния к вечеру больные предпочитают утренний коитус.

При слабо выраженных формах депрессивных нарушений (а именно к таким относится скрытая депрессия) изменение сложившегося стереотипа сексуального поведения вследствие сексуальных дисфункций часто переживается как катастрофа, трагедия. Эта особенность и обуславливает своевременное, раннее обращение к сексопатологу таких больных.

Половые расстройства являются стержневыми при всех вариантах маскированной депрессии в силу высокой значимости половой сферы в иерархии индивидуальных ценностей и мотивов. Такая позиция больных может обуславливаться и особенностями организма (сильная половая конституция), и социально — ситуациями, требующими весьма высокой половой активности (предстоящая женитьба, медовый месяц, повышенные сексуальные притязания жены, смена партнера и т. д.). Такие больные, не осознавая факта снижения половых функций, стремясь сохранить прежний стереотип сексуальных отношений, по существу, предъявляют к себе повышенные требования, что усугубляет имеющиеся расстройства и способствует вторичным психогенным наложениям.

Жалобы прежде всего касаются *ускоренного или замедленного семяизвержения в сочетании с ослаблением эрекции. Реже имеет место снижение полового влечения и притупление оргазма*. Половые расстройства — препятствие в создании семьи, осложняют и внутрисемейные отношения, нередко становясь причиной разводов. Такие депрессивные состояния не поддаются психотерапии, лечению мужскими половыми гормонами и психостимуляторами. Нередко они самопроизвольно исчезают либо под-



Павел Филонов. *Головы*. 1928. Бумага, тушь, гуашь, акварель, графитный карандаш, 13×8,4

даются лечению антидепрессантами.

Вот почему такие больные ошибаются, принимая угнетенное, подавленное настроение за следствие неудавшегося полового акта, на чем и фиксируют внимание врача, тогда как на самом деле все наоборот. Именно легкие, невыраженные, еще не замечаемые пациентом депрессивные нарушения исподволь снижают энергетический потенциал, нарушая и сексуальную сферу.

СОВЕТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Следующие критерии характеризуют в основном параметры маскированной депрессии:

обязательное наличие легкой угнетенности, невозможности радоваться жизни как прежде, затруднение в общении с окружающими, стремление к уеди-

ограничению контактов, снижение присущей ранее энергии, активности, трудность в принятии решений; обилие упорных и разнообразных болей и неприятных ощущений, носящих своеобразный характер (с трудом поддающихся описанию) и отсутствие или незначительная выраженность органических изменений, не объясняющих характера, упорства и длительности жалоб;

характерные нарушения сна в форме сокращения его продолжительности и раннего пробуждения, снижение аппетита, похудание, изменение менструального цикла у женщин, снижение потенции у мужчин;

суточные колебания состояний, усиление их интенсивности в ночные и пред-рассветные часы, улучшение в дневное время;

периодичность, волнообразность имеющихся соматических и психических расстройств, спонтанность их возникновения и исчезновения;

сезонная, чаще всего осенне-весенняя, предпочтительность проявления как соматических, так и психических расстройств;

отсутствие эффекта от соматической терапии и положительная реакция на антидепрессанты.

Описать все маски депрессии — задача непосильная, и поэтому мы остановились на самых основных. Еще раз повторяем, что нет такого органа, системы органов, нарушения которых она бы не имитировала в своих проявлениях. Скрытая депрессия рядится в поражения мочеполовой системы, поджелудочной железы, в расстройства зрения и слуха и др. Вот почему, обнаружив у себя общие закономерности проявления скрытой депрессии, постарайтесь рассказать о них врачу, не стесняйтесь и не удивляйтесь, если врач направит на исцеление к психиатру, психотерапевту.

Скрытой депрессии свойственна еще одна существенная особенность — большая зависимость от внешних провоцирующих факторов среды, чем для классических случаев. Оказывается, у больных скрытой депрессией количество приступов, выявленных внешними факторами, весьма значительно, а при клиническом исследовании создается уверенность, что особенно на этапе выздоровления состояние больных маскированной депрессией в большей мере, чем при классической, подвержено колеба-

ниям под влиянием внешних неблагоприятных факторов. Важно учитывать реакцию личности на болезнь и сложившуюся в связи с болезнью трудную ситуацию.

ЦЕЛЕВЫЕ СРЕДСТВА И ПОВОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Благодаря психофармакологическим медикаментам, совершившим переворот в психиатрии, до 90% больных ведут повседневную активную жизнь, принимая поддерживающее амбулаторное лечение.

Представляется, что пациентам и родственникам больных необходимы знания о препаратах, а главное, о побочных эффектах действия, чтобы вовремя сообщить врачу о ранних признаках их появления и тем самым предупредить ухудшение состояния больного.

Существует «дремучее» заблуждение, бытующее в населении, о том, что психотропные средства — удел душевнобольных. Нет, нет и еще раз нет! Убирая тревогу, снимая беспокойство, обрывая бесконечный поток мыслей о предстоящей операции, они выравнивают настроение, успокаивают, нормализуют психическую деятельность и тем самым налаживают функциональную деятельность различных систем организма, способствуют его оптимальной работе, а стало быть, создают условия выздоровления. Ибо за беспокойством, страхом, подавленным настроением стоят совершенно конкретные эндокринно-вегетативные изменения в определенных функциональных системах, усугубляющие течение соматического заболевания.

Психотропные препараты оказывают специфическое воздействие на те или иные отклонения в психической деятельности разной степени выраженности (от грубой патологии до граничных нарушений) и поэтому нашли широкое применение не только в психиатрии, но и в общей медицинской практике. Хирургия, терапия, акушерство, гинекология, глазные и нервные болезни — вот далеко не полный перечень медицинских отраслей, где эффективно применяют эти средства. И это понят-

...и избирательное на-
...В основу та-
...психотроп-
...средств
...нейролеп-
...транкви-
...и норм

...надо знать

Их называ-
...больши-
...производ-
...единений,
...психическая
...и выра-
...Успокаиваю-
...таких, как
...обладает на-
...тому основ-
...нению являе-
...ление разли-
...тающееся со-
...нцей.

В спектр
...других (к п
...зна, этапе
...задает стим
...сочетающий
...психическим де
...избирательн
...психопатоло
...галлюцина
...Мощны
...вом облада
...витель трет
...и активизи
...ческие фу
...антипсихот
...ным из др
...ного, оказ
...психотроп
...важает внима
...различны
...явлениям
...для побоч
...други

но, ибо любое соматическое заболевание сопровождается изменениями в психической деятельности.

Принято различать общее психотропное действие, оказываемое на психическое заболевание в целом, и избирательное (элективное) воздействие, направленное на устранение расстройств и отклонений в психической деятельности головного мозга. В основу такого деления положена разная сила психотропной активности психофармакологических средств; по клиническому действию выделяют нейролептические средства, антидепрессанты, транквилизаторы, психостимуляторы, ноотропы и нормотимики.

Что надо знать о нейролептиках

Их называют также *психолептиками* (или *большими транквилизаторами*). Это производные различных химических соединений, но их объединяет антипсихотическая направленность действия, хотя и выраженная в разной степени. Успокаивающий эффект нейролептиков (таких, как *аминазин*, *тизерцин*) преобладает над антипсихотическим. Поэтому основным показанием к их назначению является психомоторное возбуждение различного происхождения, сочетающееся со страхом, тревогой, бессонницей.

В спектре психотропной активности других (к примеру, *трифтазина*, *стелазина*, *этаперазина*, *френолона*) преобладает стимулирующий эффект, удачно сочетающийся как с общим антипсихотическим действием разной силы, так и с избирательным влиянием на отдельные психопатологические явления (бред и галлюцинации).

Мощным антипсихотическим свойством обладает *галоперидол* — представитель третьей группы больших транквилизаторов. Препараты эти оказывают и активизирующее влияние на психические функции. Высокоэффективным антипсихотическим средством, полученным из другого химического производного, оказался *клозапин* (*лепонекс*), психотропное действие которого привлекает внимание врачей не только своей выраженной антипсихотической направленностью и успокаивающими влияниями, но и отсутствием неприятных побочных эффектов, характерных для других нейролептиков, что предпочтительно при длительном лечении.

Вместе с тем психотропные средства обладают разными свойствами, поэтому наряду с желательным эффектом могут возникать весьма разнообразные побочные. Их проявление и степень зависят от активности нейролептика, его дозы, индивидуальной чувствительности к нему, а также степени адаптации больного к этому средству и наблюдаются со стороны различных органов и систем организма, выявляясь на разных стадиях лечения. Побочные эффекты как следствие прямого воздействия препарата появляются обычно на 1—4-й неделе лечения, исчезают лишь при снижении доз или его отмене. Каковы же их признаки?

Типично развитие своеобразного психоэмоционального равнодушия, замедленной реакции на все происходящее вокруг, ощущение слабости, недомогания, повышенной сонливости. Наряду с этим может появиться неустойчивость, когда больной испытывает чувство томления в ногах, постоянно стремится изменить положение тела. Нередко появляется и внутреннее возбуждение, развивается стремление непрерывно двигаться. Либо возникают мышечная скованность, крупно и мелко размашистый тремор (дрожание), усиливается пластичный тонус мышц, нарастают неподвижность конечностей и общая обездвиженность.

Могут появиться одиночные подергивания (или тонические судороги) отдельных групп мышц. Например, круговой мышцы рта, мышц мягкого неба (нередко это приводит к затруднению глотания, дыхания), реже шеи, спины и др. Наблюдаются и вегетативные нарушения (побледнение или покраснение кожи), обильное потоотделение, учащенное сердцебиение (тахикардия), повышение артериального давления или его падение (с обморочным состоянием), подъем температуры, головокружение, приливы жара или озноба, нарушение моторной функции желудочно-кишечного тракта и др.

Эти явления сопровождаются внутренним беспокойством, страхом, бессонницей. Все вышеописанные побочные эффекты легко купируются препаратами-корректорами (циклодол, паркопан), кофеином, большими дозами витаминов, ноотропами.

Что надо знать об антидепрессантах

Антидепрессивные средства (антидепрессанты, тимолептики, тимоаналептики) — это группа психотропных

средств, основное свойство которых (независимо от их химического строения) активно улучшать состояние депрессивных больных. Конечно, помимо антидепрессивной направленности, они обладают седативным и стимулирующим действием. Антидепрессивный, седативный и стимулирующий эффекты в совокупности определяют особенности терапевтической активности каждого отдельного препарата, а стало быть, и основные показания к его применению.

Существуют антидепрессанты-стимуляторы и антидепрессанты с седативным действием, а по силе антидепрессивной активности различают большие и малые антидепрессанты. Так, большие антидепрессанты-стимуляторы (например, *мелиптамин*) выравнивают и повышают настроение, устраняют жизненную тоску, активизируют мыслительную деятельность и двигательную заторможенность. У малых же антидепрессантов-стимуляторов (к примеру, *азафена*) выражено регулирующее и повышающее настроение влияние, стимулирующий и транквилизирующий эффект. Показания к его назначению: легко протекающие депрессии в сочетании с астенией.

Скажем, для эндогенных депрессий образцом большого антидепрессанта, но с седативным эффектом может быть *амитриптилин*, оказывающий повышающее настроение действие в сочетании с успокаивающим, седативным влиянием. Это позволяет применять его при различных вариантах таких депрессий, характерных проявлением тревоги и беспокойства.

Побочные действия антидепрессантов проявляются головной болью, сухостью во рту, головокружением, потливостью, неприятными ощущениями в конечностях. Нередко отмечается отсутствие аппетита, запоры или поносы, тошнота, задержка мочеиспускания. Реже развиваются сонливость, утомляемость, падение артериального давления (вплоть до обморочных состояний). При значительных передозировках могут отмечаться состояния возбуждения, беспокойства, бессонница, а также сокращение мышц, тремор и даже припадки.

Что надо знать о транквилизаторах и стимуляторах

Так называемые малые транквилизаторы, атарактики, анксиолитики —

это группа психотропных средств успокаивающего действия, устраняющих эмоциональное напряжение, раздражительность, страхи, тревогу, беспокойство невротического уровня. Тем самым они оказывают приятное эмоциональное расслабление. Спектр их психотропной активности достаточно широк и включает, помимо седативного, вегеторегилирующее, гипнотическое, антисудорожное и стимулирующее влияние.

Именно разное сочетание общего и избирательного действия транквилизаторов позволяет их особенно широко применять в малой психиатрии. В течение приема анксиолитиков могут наблюдаться побочные эффекты в виде легкой слабости, усталости, ослабления внимания и трудности сосредоточения, субъективного чувства снижения умственной работоспособности. Поэтому, принимая транквилизаторы, не рекомендуется водить транспорт, работать на высоте. Передозировка этих средств может вызвать сонливость, головокружение, тошноту, запоры, резкое мышечное расслабление, вызывающее нарушение походки, и др.

Что касается психостимулирующих средств (*психостимуляторы, психотоники, психоаналептики*), они вызывают оживление психической деятельности и повышают общую активность (умственную и физическую) с временным устранением чувства усталости. Препараты назначаются только врачом, ибо их прием может сопровождаться двигательным беспокойством, повышенной возбужденностью, нарушением сна, кроме того, к ним возможно привыкание. Типичными представителями этих средств являются *фенамин, ацефен, кофеин, сиднокарб*.

О регуляторах и стабилизаторах психики

Препараты, получившие название *психонейрорегуляторов, психоэнергетиков, ноотропов*, используемые при психических болезнях, повышают состояние бодрствования, улучшают коммуникабельность, настроение, уменьшают, а порой и устраняют заторможенность, апатию, вялость, нередко восстанавливают адекватные эмоциональные реакции, кроме того, эти препараты ослабляют токсические эффекты нейролептиков. Однако иногда и у ноотропов выявляются побочные действия в виде

расстройства сна, тошноты и колебаний артериального давления.

Действие этой группы психотропных средств направлено на активизацию интегральных механизмов нервной деятельности, мыслительных и познавательных функций мозга путем улучшения метаболических (обменных) процессов. Однако однократное употребление ноотропов эффекта не дает, только длительное систематическое применение препаратов (несколько недель или месяцев) ведет к повышению психической и двигательной активности, умственной работоспособности или улучшению ее качественных показателей при расстройствах, связанных с нарушением мозгового кровообращения.

В группу *нормотимиков* входят психотропные средства, действие которых направлено на устранение, стабилизацию и профилактику циклично протекающих аффективных расстройств при психических болезнях с фазным или приступообразным течением. Это препараты, содержащие соли редкоземельных металлов — лития, рубидия, цезия. Практически в психиатрии получили наибольшее применение препараты лития: карбонат, сульфат, оксибутират, глюконат, ацетат, цитрат лития. Препараты оказывают седативное влияние на маниакальные состояния и стабилизирующее действие на аффективные фазовые расстройства, эффективно используются в целях профилактики рецидивов депрессивных либо маниакальных фаз или приступов при психических болезнях.

Получены первые обнадеживающие данные применения солей лития в терапии алкоголизма. При лечении солями лития необходимо ограничить прием кофе, пищевой соли и жидкостей. В процессе употребления этих препаратов возможны побочные эффекты в виде соматоневрологических проявлений: чувство усталости, сонливость, головокружение, тошнота, снижение аппетита, желудочно-кишечный дискомфорт и др.

О препаратах продленного действия

Депо-препараты, дюранные или пролонгированные психотропные средства получили широкое признание в психиатрической практике, обеспечивая более длительное терапевтическое действие по сравнению со своими аналогами (кратковременного действия). Тем

самым они создают определенные преимущества: упрощается процедура лечения, контроль становится более надежным. Принцип их действия основан на постепенном высвобождении определенных доз психофармакологических средств в течение определенного времени, благодаря чему поддерживается оптимальная их концентрация в организме.

Продленное действие препаратов охватывает период от 1 суток до 1 месяца. Имеются уже пролонгированные препараты, относящиеся к разным группам психотропных средств: *нейролептики* (*модитен-депо, попортил, галоперидол-депо, стелазин-ретард, пимозид, флюпирилен, меллерил-ретард* и др.), *антидепрессанты* (*имипралин-памоаст, амитриптилин-ретард* и др.), *нормотимики* (*литионит-дюраль, квилонорм-ретард* и т. д.). Назначают их после предварительного активного лечения препаратами кратковременного действия, обычно в период ремиссии или при относительной стабилизации состояния.

СОРВАТЬ МАСКУ!

Больных скрытой депрессией достаточно много, и каждый из них проходит свой отрезок пути, исчисляемый годами, наполненный хождением по врачам, ожиданием обследований, собиранием анализов и справок, стремлением пробиться на консультацию к специалистам узкого и широкого профиля, амбулаторным и стационарным исследованиям и лечению. Достаточно сказать, что в среднем проходит около 10 лет с момента первого проявления скрытой депрессии до обращения больного к психиатру. За этот период развивается стойкая, упорная симптоматика, а у больных накапливается опыт общения с врачами разных специальностей и растут разочарование, неверие в выздоровление, негативное отношение к врачам, медицине и здравоохранению в целом.

Почему?

Несвоевременное распознавание таких состояний объясняется недоста-

точной подготовкой врачей-интернистов, не позволяющей им выявить психические (депрессивные) нарушения, скрытые за фасадом соматических жалоб. Из психиатров же лишь немногие наблюдают подобных больных, так как основная масса таких пациентов пребывает в поликлиниках и терапевтических стационарах. Не меньшее значение имеет *отсутствие у психиатров опыта и достаточных знаний в области внутренних болезней*, чтобы они могли с уверенностью исключить органическое заболевание.

Причины эти отражают только часть проблемы, не затрагивая ее субъективную, человеческую сторону, а она-то как раз и мешает больному сократить путь к исцелению из-за сложившегося у населения отношения к врачу-психиатру и в целом к психиатрии. **Нынешнее отношение к психиатрии** — это пережитки **укоренившегося взгляда на психические болезни** (и в целом на психиатрию), когда медицина и человеческое мнение воздвигли глухую стену, для того чтобы оградить здоровых людей от психически, душевнобольных.

За этой высокой стеной строили психиатрические больницы, оградив тем самым не только душевнобольных, но и саму медицинскую специальность — психиатрию — от общества. И в старину такая вынужденная мера была необходимой как по отношению к самим больным, так и к их близким. Но с тех пор ситуация резко изменилась. Психиатрия уже способна лечить психические болезни.

До появления психотропных средств течение психических болезней было стремительным, протекало тяжело, часто на глазах близких и окружающих. А поступки, действия, высказывания, поведение психически больного вызывают у очевидцев страх, смешанный с жалостью, негативное отношение, а в случае агрессивности пациента — опасение за свою жизнь. Понятно бытующее среди населения восприятие психического заболевания как чего-то постыдного, роняющего престиж, что сказалось на взаимоотношении с психиатрической службой.

Консультация в психоневрологическом диспансере воспринимается как уничижительная, роняющая якобы человеческое достоинство и, конечно, угрожающая социальному положению. В какой-то степени это диктуется самой жизнью, консерватизмом мышления. Лично мне очень часто приходилось быть свидетелем того, как при активном содействии родственников (часто людей с высшим образованием) тща-

тельно скрывалось наличие невротических расстройств у какого-либо члена семьи. Страдал прежде всего сам больной, так как, не получая необходимого лечения, наряду с болезнью, продолжавшей, естественно, прогрессировать, он испытывал страшные нравственные муки, чувствуя себя ущемленным, ненужным на работе и обузой дома. Именно социальные наслоения усугубляли состояние больных и нередко приводили к самоубийству. *А переживания семьи, живущей под гнетом позорной тайны, не умеющей помочь своему близкому?!*

И это в наши дни, когда люди, страдающие более серьезными психическими заболеваниями, благодаря новым лекарственным препаратам, высокой квалификации врачей, возвращаются после лечения нередко полноценными, полноправными членами нашего общества. Многие не подозревают, что только 10—12% пациентов психиатра проходят лечение в больнице, а остальные 88—90% лечатся амбулаторно (в психоневрологическом диспансере).

Что греха таить, **к большому сожалению, психиатр и в медицине чужой среди своих** и сталкивается с неправильным отношением к себе со стороны врачей других специальностей и медицинского персонала в целом. Возможно, это обусловлено тем, что к услугам врачей других специальностей сложнейшая аппаратура, объективные методы исследования, поддающиеся математической обработке, тогда как в распоряжении психиатра старые, как сама жизнь, инструменты: глаза и уши. Но именно это обстоятельство и предъявляет к психиатру, как ни к какому другому врачу, повышенные требования.

Помимо всестороннего, глубокого знания своего предмета необходимо острое, отточенное клиническое зрение — умение наблюдать и выслушивать. Умение расположить к себе пациента, проникнуться его болями и заботами, правильно построить беседу, которая зачастую является почти единственным методом выявления скрытых, незаметных психических нарушений, высоко-развитая интуиция — вот штрихи к портрету психиатра.

И еще...

Возникает вопрос: какова распространенность пограничных расстройств в



Александр Элмар. Из серии «Zoo». 1988. Бумага, темпера, 30×21

сравнении с психозами? Если взять шизофрению, а это целая группа заболеваний, то она встречается у 1%, эпилепсия — 0,5% населения. Между тем пограничные расстройства составляют минимум 10—15% и больше.

Цифры эти показывают соотношение большой и малой психиатрии в пользу последней. Указ Президиума Верховного Совета СССР Об утверждении Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи повысил ответственность каждого психиатра за принимаемые им решения, предоставил свободу снятия с учета. Эта мера давно назрела. Однако с учета снимают, но социальные ограничения на большинство профессий, учебу в вузах и т. д., не обоснованные состоянием снимаемого с учета, остаются, что, по моему мнению, несет в себе стрессовую ситуацию.

Ибо остается разрыв между формой и содержанием, когда на руках бумажка о снятии с учета, а социальный (запретный) статус остается прежним. Психиатры-клиницисты могут с достаточной долей вероятности строить прогноз заболевания. Отсюда, к примеру, в одних случаях мы советуем приобретать ремесло, менять профессию, но в других на вопрос о возможности продолжать учебу, работу следует ответ: не может, а должен. Налицо несоответствие возможностей психиатрии и застывших организационных форм—запретов. Этот перекос надо срочно ликвидировать.

Реальность и прогнозы

Изучая неврозы, заболеваемость и распространенность неврозов среди городского населения СССР (1973 г.),

я столкнулся с фактом длительного пребывания и лечения больных с пограничными состояниями в поликлиниках и стационарах общего профиля и запоздалого обращения их к специалистам-психиатрам. Такое положение оказывает влияние на загруженность общей медицинской сети, на длительность и тяжесть течения болезни, а также на временную нетрудоспособность и инвалидность. Данные последних лет свидетельствуют о росте пограничной патологии и возрастающей ее социальной значимости.

В развитии неврозов наблюдается стадия соматовегетативных нарушений без объективной органической основы. Подсчитано, что не менее 30% (а по мнению многих, не менее 50%) пациентов общей медицинской сети составляют больные, соматические жалобы которых имеют невротическое происхождение, а стало быть, нуждаются только в известной коррекции эмоциональной сферы психотропными средствами. И минимум у 25% больных с истинными соматическими болезнями особо ярко представлен невротический компонент.

Это только одна невротическая причина перегруженности поликлиник и больниц. Есть и другая — скрытые депрессивные расстройства, которые стали не только чаще проявляться физическими и вегетативными симптомами, но и в целом протекать как соматические заболевания.

Распространенность скрытых депрессий достаточно велика и встречается у 10—30% (а по некоторым данным — до 40%) пациентов в общей медицинской практике, находящихся в наиболее работоспособном возрасте 21—40 лет и в детском (особенно старшем) возрасте. Сюда следует прибавить больных с ипохондрическим синдромом, которые также длительное время наблюдаются в общей медицинской сети, пока наконец не попадут в поле зрения психиатра. Таким образом, большая часть больных в поликлиниках и стационарах общего профиля лечится не по назначению. И с контингентом непонятных больных сталкиваются в своей повседневной работе врачи всех специальностей.

Пациенты с невротическими расстройствами и легкими депрессивными нарушениями скапливаются в поликлиниках, заполняют стационары, ходят по медицинским учреждениям, переходят от врача к врачу в поисках причины своего страдания и действенной помощи. Это практически сотни тысяч посещений поликлиники в первые 5—10 лет болезни. Если же учесть, что во всех развитых странах наблюдается возра-

становится тенденция к соматизации, то есть к проявлению психических заболеваний соматическими симптомами, то можно ожидать, что количество таких больных в поликлиниках и стационарах общего профиля будет расти.

Такие пациенты годами принимают обезболивающие средства (вплоть до наркотиков), сердечные и сосудорасширяющие препараты, огромное количество разнообразных витаминов и антибиотиков. Сюда следует добавить многочисленные курсы физиотерапевтических процедур и санаторно-курортного лечения. Их облучают, нередко подвергают неоправданным операциям. Согласно данным некоторых зарубежных авторов, 150 пациентам с маскированной депрессией было проведено 740 терапевтических и хирургических обследований и процедур. По другим подсчетам, 150 больным с соматическими жалобами до встречи с психиатром было проведено 496 курсов консервативного лечения, 84 ненужных терапевтических вмешательств и 244 бесполезные операции.

Подобную ситуацию можно смело прогнозировать в будущих диагностических центрах. Позднее распознавание подобных состояний таит в себе и другую опасность, связанную с тенденцией к самоубийству. Частота суицидов в стационарах общего профиля по отношению к психиатрическим составляет 6—8 к 1 (данные Мадридского университета).

Следует отметить, что эти состояния возникают периодически, имеют тенденцию к хроническому течению и, как следствие, ведут к продолжительному периоду частичной или полной нетрудоспособности. А по данным экспертов ВОЗ по охране здоровья, именно психические (прежде всего депрессивные) расстройства могут быть причиной $1/3$ всех случаев нетрудоспособности на производстве.

Как быть?

Если учесть все это, а также длительность пути больного от врача-ин-

терниста до исцелителя-психиатра, исчисляемого многими годами, то можно утверждать, что это не только психиатрическая и медицинская, но и социально-экономическая проблема государственного значения. Именно так она и звучит в других странах.

Учитывая распространенность неврозов (30—50%) и скрытой депрессии (10—30%), проявляющихся сходной ложной органической симптоматикой, а также имея в виду нарастающую соматизацию психических заболеваний, первоочередной задачей становится приближение специализированной психиатрической службы (пограничных состояний, малой психиатрии) к населению. Потому что боязнь клейма «психический», а с другой стороны — убежденность в сугубо соматической, физической природе своего страдания заставляют таких больных категорически отказываться от всяких контактов с психиатрами и приема антидепрессантов — единственной возможности поправить здоровье.

Учитывая социальную значимость пограничной патологии, по-видимому, целесообразно оформить службу пограничных состояний. Находясь в амбулаторно-поликлиническом звене, она будет естественно связывать общесоматическую медицину с психиатрией.

Хотим мы того или нет, но объективная реальность свидетельствует о том, что в связи с возрастающими психологическими и эмоциональными нагрузками при повышенном темпе жизни, изменении общей реактивности организма, трансформации реакции на лекарственные препараты и социального микроклимата при существенном отставании адаптационных возможностей к внешним и внутренним патогенным воздействиям количество больных неврозом и скрытой депрессией будет расти. **А стало быть, роль малой психиатрии будет повышаться, значимость психического здоровья увеличиваться, к чему еще ни медицинская общественность, ни население страны не подготовлены.**

Длительный этап перекосов в психиатрии сейчас оборачивается и отсутствием эффективных методов лечения алкоголизма и наркомании. Пора пересмотреть считавшееся раньше неизблемым в психиатрии. Психическое здоровье должно быть краеугольным камнем профилактики и охраны здоровья вообще.

ВЗГЛЯД

В минуту
Теснится

Это те
одоления
рекоменду
цию защит
генной по
и даже, н
в своей орга
ксической
реконвалес
Прежде
молитвенн
матийные

В минуту ж
Теснится ль
Одну молит
Твержу я н

Есть сила б
В созвучье
И дышит не
Святая пре

С души как
Сомнение д
И верится,
И так легко

Опроме
доверился
прошлого?
с начала н

человечес
дышит воз
твой. С м
дельваник
гов и соби

Входили в
В непреста
ное средств
и даже те

«Всяко
чанье да
литвой, до
привыкли

е смысл
которая бы
и посл
грястась, м
засал Н.
жизни

ВЗГЛЯД В ПРОШЛОЕ

**«В минуту жизни трудную
Теснится ль в сердце грусть...»**

Это теперь, когда заходит речь о преодолении человеком стрессовых ситуаций, рекомендуется ему осуществлять мобилизацию защитных своих сил с помощью аутогенной психотерапевтической релаксации и даже, например, посредством введения в свой организм «антиретиккулярной цитотоксической сыворотки или гамма-глобулина реконвалесцентов»...

Прежде в подобных случаях уповали на молитвенное исцеление. Вспомним хрестоматийные строки:

В минуту жизни трудную
Теснится ль в сердце грусть,
Одну молитву чудную
Твержу я наизусть.

Есть сила благодатная
В созвучье слов живых
И дышит непонятная
Святая прелесть в них.

С души как бремя скатится
Сомненье далеко,
И верится, и плачется,
И так легко, легко...

Опрометчиво ли в трудную свою минуту доверился М. Ю. Лермонтов пережитку прошлого? *Непрестанно молитесь!* Таков с начала нашей эры был совет, преподанный человечеству. Считалось, если тело человека дышит воздухом, то душа его питается молитвой. С молитвой приступали люди к возделыванию своих полей, ополчались на врагов и собирались в дальние путешествия, входили в новый дом и вкушали пищу. В непрестанной молитве обретали они мощное средство исцеления всех своих духовных и даже телесных недугов.

«Всякое дело, усилие, стремление, начинание да сопровождается внутреннею молитвой, да не такой молитвой, какую мы привыкли повторять бездушно, не входя в смысл всякого слова, но такой молитвой, которая бы излетала ото всех сил нашей души и после которой, благословясь и перекрестясь, могли бы мы приняться за дело», — писал Н. В. Гоголь о нравственном самовоспитании.

Не всякое молитвенное прошение называлось молитвой. Истинная молитва требовала соблюдения особых условий. Произносить ее следовало с пламенным усердием, с твердым вниманием, с трепетным благоговением и с глубочайшим смирением.

«Молитвой часто называют то, что вовсе не есть молитва, — говорил некогда известный всей России кронштадтский протоиерей Иоанн Ильич Сергиев. — Молитва — постоянное созерцание в себе, в людях и в природе дел Премудрости. Молитва — постоянное благодарственное настроение, возношение ума и сердца, исправление жизни, уничтожение страха смертного».

Великий князь киевский Владимир Мономах в предсмертном своем поучении настойчиво советовал сыновьям не лениться и молиться утром, днем и вечером. А если, говорил он им, вы молитв не знаете, зывайте тайно и беспрестанно: «Господи, помилуй!» Лучше, говорил он, непрестанно произносить эту молитву, нежели думать пустое.

«Сие призывание всякий благочестивый всегда да возглашает, как молитву, умом своим и языком, и стоя, и ходя, и сидя, и склоняясь на ложе, и говоря что-либо, и делая, и всегда да понуждает себя к тому, и обретет великий покой и радость, как опытно знают это имеющие о сем заботливое попечение...»

Безымянный автор этих строк был сродни тому «искателю непрестанной молитвы», про которого рассказывалось в изданной у нас столетие назад книге «Откровенные рассказы странника духовному своему отцу». Бесприютный странник, скитающийся по России в поисках мудрого наставника, который бы растолковал ему, как следует совершать эту «умно-сердечную» молитву, со временем овладевает навыком беспрестанного ее повторения. И молитва эта помогает ему в дальнейшем переносить все тяготы страннической жизни.

«Иду, — рассказывает странник, — иногда верст по семидесяти и более в день и не чувствую, что иду, а чувствую только, что творю молитву. Когда сильный холод прохватит меня, я начну напряженнее говорить молитву, и скоро весь согреюсь... Когда сделаюсь болен, начнется ломота в спине и ногах, стану внимать молитве и боли не слышу».

Главнейшим подспорьем духовной жизни ему явилось «Добротолюбие» — переведенный в XVIII веке с греческого старцем Памсием Величковским сборник древнейших аскетических назиданий, среди которых были и такие, например, советы упражняющимся в непрестанной молитве.

«Известно, что дыхание, которым дышим, чрез легкие проводит воздух сердца. Итак, сядь и, собрав свой ум, вводи его сим путем дыхания внутрь, понудь его вместе с сим вдыхаемым воздухом низойти в самое сердце и держи его там, не давая ему свободы выйти, как бы ему ни хотелось. Держа его там, не оставляй его праздным, но дай ему священные слова. Твердо ведай, что непрестанная молитва та есть, которая не отходит от души ни днем, ни ночью и которая состоит не в воздеянии рук, не в положении тела молитвенном и не в возглашении молитв языком; чтобы можно было ее видеть телесными очами, но состоит в умном делании. Надо молиться и устами и умом. Однако же тихо и без смятения, чтобы глас не расстроил внимания ума и не пресек молитвы, пока ум навикнет деланию сему и станет крепко молиться сам в себе...»

Непрестанная молитва никогда не была на Руси этаким постоянно носимым на груди талисманом, не являлась для молящихся самоцелью. Их духовная жизнь лишь начиналась с молитвенных обращений. Продолжалась она в неустанной борьбе с множеством унижающих человеческое достоинство пороков и страстей. Об этом сказано было у А. С. Пушкина:

Отцы пустынники и жены непорочны,
Чтоб сердцем возлететь во области заочны,
Чтоб укреплять его средь дольных бурь и битв,
Сложили множество божественных молитв.
Но ни одна из них меня не умиляет,
Как та, которую священник повторяет
Во дни печальные Великого поста;
Всех чаще мне она приходит на уста
И падшего крепит неведомою силой:
Владыко дней моих! дух празности унылой,
Любоначалия, змеи сокрытой сей,
И празнословия не дай душе моей —
Но дай мне зреть мои, о боже, прегрешенья,
Да брат мой от меня не примет осужденья,
И дух смирения, терпения, любви
И целомудрия мне в сердце оживи.

Александр МОРОЗОВ.

ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

В ближайших выпусках факультета

«Твое здоровье»

начиная со второго полугодия

1989 года из номера
в номер (частями)
будет публиковаться

«ШКОЛА БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»

Будут освещены волнующие наших постоянных подписчиков конкретные вопросы:

что такое сахарный диабет, каковы нарушения обмена веществ;
какова диета и возможности лечения;

о лечении инсулином;
лечение сахароснижающими таблетками (препаратами);

самоконтроль в лечении диабета;
особенности лечения диабета при его сочетании с другими болезнями;

возможные осложнения сахарного диабета;

диабет, физическая активность, спорт;

социальная защита больных сахарным диабетом;

взаимоотношения в семье, брак, беременность

и другие вопросы, а также присланные Вами в течение ближайших двух месяцев.

КОНЦЕПЦИИ ВРЕМЕНИ И ЗДОРОВЬЯ

Рассказывает кандидат медицинских наук, врач Павел Павлович СОКОЛОВ

СЕЗОННЫЙ ЦИКЛ В ФОКУСЕ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Обычно момент начала дня проходит для многих незамеченным, хотя это непреходящее событие для всего живого. День животворящий — *день солнца*, дарующего жизнь, начинается не со звонком будильника, а с рассветом. Это понимали жившие ближе нас к природе наши предки. И в Китае в старину делили световой день — период от восхода до заката солнца — на определенное число отрезков. Эти часы были *неравномерны, зависимы от сезона: дневные летние* длились дольше *зимних*, изю дня в день изменялась *продолжительность часа*. И так *круглый год*.

С современной эта система отсчета времени совпадает лишь в дни *весеннего и осеннего равноденствия*. Световой подвижный день, разделенный на 12 отрезков, перестали использовать с созданием механических часов: когда индустриализация жизни потребовала введения *временных стандартов*, единица времени стала постоянной и общей для человечества. Конечно, расписание железнодорожного движения немыслимо без стандартного, раз и навсегда установленного часа. Но давайте подумаем о себе как о *биологических существах*, все еще зависящих и от движения светил, и от погоды, и от природы в целом. Всегда ли полезна нам стандартизация времени? Одинаково ли воспринимаем мы время летом и зимой?

Вписаться в узкие рамки декабрьского дня трудно — зимних дневных часов обычно не хватает: не хочется вставать рано в темноте. Доставшаяся человеку биологическая сущность *активна в рамках светового дня*. И хотя мы не впадаем в зимнюю спячку, *естественный годовой цикл изменения активности организма* есть у каждого.

Один из крупнейших французских специалистов по иглоукалыванию (акупунктуре) Ж. С. де Морай писал: «С древних времен отмечается (а сделанные в Париже опыты подтверждают это), что энергия человека меняется в зависимости от времени года, лунного месяца, времени суток и температуры. Что касается времени года, то люди, как и растения, реагируют на годичный

цикл. Летом жизнь достигает максимума, а зимой — минимума... Живые существа... цепенеют на холоде и возбуждаются теплом. Буря приводит их в беспокойное состояние».

Напомним, что, согласно традиционным представлениям, вся Вселенная пронизана энергией *ци*, без которой жизнь невозможна. Эта жизненная энергия проявляется в двух формах: *ян* и *инь*, связанных друг с другом, противостоящих друг другу, переходящих одна в другую. Жизнь на Земле пронизана ритмическими волнами, чередующимися *приливами и отливами ян и инь*.

В предыдущей статье (№ 2/89) «Лунный цикл и китайская медицина» было рассказано о поведении этих двух начал в зависимости от суточного и лунного месячного циклов. Что же происходит в годовом сезонном цикле?

При самом общем взгляде лето — время преобладания *ян*, а зима — время относительного увеличения *инь*. Зарождаясь при зимнем солнцестоянии (21 декабря), *ян* возрастает в период до летнего солнцестояния (21 июня). Это время убывания *инь*. Когда же убывает *ян* — в период до зимнего солнцестояния, возрастает *инь*, возрождающееся при летнем солнцестоянии.

Большой *годовой цикл инь-ян* не отменяет остальные более короткие — *суточный и месячный циклы*, а как бы накладываясь на них, смещает баланс этих двух начал в пользу то одного, то другого. Например, зимой в суточном цикле больше *инь*, чем *ян*, но утром *ян* приходит позже, вечером уходит раньше. Летом, наоборот, большую часть суток *ян* преобладает над *инь*, появляющимся в суточном и месячном циклах.

Распределение энергии ци внутри организма изменяется также в зависимости от времени года. *Ян* увеличивается летом, *инь* — зимой. Существует в годовом цикле и определенное распределение энергии по органам: она то *укрепляется* (прибывает), то *ослабевает* (убывает) в той или иной части тела. Для каждого органа поэтому есть свое плохое время года, на которое и приходится чаще всего возникновение или обострение заболеваний, так или иначе затрагивающих его.

Согласно традиционной китайской медицине каждый орган переживает такое время один или два раза в год. Печень, например, — в весеннее равноденствие (в меньшей степени также в осеннее), *селезенка и поджелудочная железа* — в мае, *голова и сердце* (кровонизлияния в мозг и нарушения работы нервной системы) — в период летнего солнцестояния, *легкие* — после осеннего равноденствия. Психика же легче всего расстраивается в ноябре.

Распределение энергии неравномерно также между двумя половинами тела и зависит от времени года. В одной старинной книге говорится: «Весной энергия господствует над левой стороной тела, летом — над правой. Осенью энергия все еще преобладает в правой стороне тела, зимой — в левой».

Конечно, месячные (сезонные) различия воздействуют на человека многими путями: изменением длины светового дня, количеством достигающих нашей кожи солнечных лучей, температурой, влажностью, составом воздуха и пищи. Но не всегда условия нашей жизни изменяются закономерно, в определенном ритме. Помимо относительно жесткого, фиксированного ритма колебаний энергии, в суточном и месячном циклах существуют нерегулярные изменяющиеся процессы, большая часть которых объединяется в понятие погоды.

Влияние погоды на человека достаточно выражено и несомненно. **Что же происходит с жизненной энергией ци (чи) при изменениях погоды?**

С позиций существования двух форм энергии различают погоду янскую и иньскую по их преобладанию. Существует древний афоризм: «Когда ян в избытке, имеет место сильная жара, когда инь в избытке, имеет место сильный холод». Как всякая крайность в природе такая погода не держится долго. Погода ян — не обязательно жара, но всегда ясная, солнечная, сухая. Если и есть облачность, то она высоко в небе, облака светлые, кучевые или перистые. А погода инь — не обязательно холод, но дождь или снег, сырость. Над головой низкие серые тучи, подчас сплошная облачность.

Если бы вопрос о том, где начинается инь (холодно) и кончается ян (тепло), решался бы в рамках европейской науки, был бы, вероятно, четко установлен определенный уровень: ниже или выше 0 °C. Или же в наисовременнейшем варианте была бы предпринята попытка приблизить этот критерий к человеку, «оббиологичить» пограничную черту, взяв в качестве критерия нормальную температуру тела. Однако то, что стало естественным для человека, воспитанного в рамках европейской медицины, в корне противоречит традиционному восточному мировоззрению с его диалектикой, неформальностью, обращенностью к индивидуальному восприятию мира.

В свете китайской натурфилософии тепло может считаться источником ян тогда, когда самому человеку тепло. Разве вам становится тепло или холодно по велению градусника только потому, что изменилась температура воздуха? Холодно человеку или нет — это зависит и от влажности, и от ско-

рости движения воздуха, и даже от настроения оценивающего погоду. Кому-то может быть холодно при 18 °C; другому же нипочем зимние морозы, третий купается в проруби и ему не холодно голому при —18 °C.

Можно сказать, что китайское понятие «холодно» полнее отражает состояние окружающей среды и включенного в нее человека, чем измерение параметров множества различных показателей. Сколько их ни набери, всегда есть риск, что все-таки что-то недоучтено. Может быть, в комплексности, независимости от отдельных показателей и заключается основное преимущество «энергетической» концепции в трактовке влияния погоды.

Перемены погоды сказываются на жизненных процессах. В рамках традиционной китайской медицины основные признаки, по которым можно оценивать влияние погоды на человека, сформулировал Ван Бинь, получивший в 762 году должность придворного врача, который выделил 5 элементов, существенно влияющих на состояние человека: ветер, сухость, тепло, влажность, холод. Ветер, сухость и тепло приносят с собой ян; влажность и холод — инь. Поэтому с позиций их баланса влажность и сухость — это не количественные характеристики содержания водяных паров в воздухе, а качественные, говорящие о преобладании в природе одного из противоположных начал. Также и тепло — холод, но ветер не имеет своего антипода (штиль, затишье не несут в себе энергии и не могут расцениваться как источник инь). Даже на таком примере видно, как велики различия двух мировоззренческих школ: восточной и западной.

Так или иначе, вне зависимости от теоретических концепций человек со своими болезнями несомненно зависит от погоды, а значит, от нее зависит и его лечение. Если в соответствии с традиционными китайскими представлениями терапия есть регулирование энергетики человека, то влияние погоды особенно важно во всех случаях, когда надо балансировать инь — ян в организме.

Два разных способа воздействия на энергию: способ стимуляции (тонизирования) и способ торможения тонко учитывает иглотерапия — один из основных методов традиционной медицины Китая. Эффект приемов стимуляции и торможения энергии может быть различным и зависит от многих факторов, в том числе и от погоды. Если кратковременно тонизировать во время холодной и пасмурной погоды, это окажет стимулирующее воздействие на инь в организме. Если же при солнечной и теплой погоде оказывать долгое тонизирующее воздействие, то это стимулирует ян. Эффект

также зависит от климата и других местных условий.

Так, из-за большой влажности климата в Японии возникали болезни излишка инь в сочетании с тем, что большую часть пищи японцев составляет рыба (инь). С учетом этого в Японии развилось искусство *прижигания* (источник ян), в то время как в сухом (ян) климате Северного Китая распространялось *иглоукалывание серебряной иглой* (больше инь).

Для того чтобы правильно понять возможные варианты энергетических отклонений, важно учитывать, что инь и ян — это противоположности, составляющие единство и постоянно переходящие друг в друга. Ничего, кроме инь и ян, для традиционного китайского врача нет: там, где убывает инь, прибывает ян, и наоборот. Но даже самое глубокое понимание биоритмов и характера воздействия на них внешних условий не дает гарантии правильного понимания соотношения инь и ян у данного человека в конкретный момент — нужен способ контроля. Ныне разработаны различные системы электронной диагностики, позволяющие судить о балансе энергии. Однако существуют и заметные простым глазом признаки, свидетельствующие о выраженном преобладании одного из начал.

Представление о внешних признаках нарушения баланса инь — ян сформировалось достаточно давно. Еще в XIV веке врач считал: «Если ян функционирует излишне активно, то больной будет стремиться к свежести и за город. Он захочет видеть людей, чтобы использовать излишек ян. Когда в избытке инь, то больной ищет тепла и одиночества». В приведенной таблице признаки излишка ян противопоставлены признакам недостатка инь, а признаки недостатка ян — признакам излишка инь. При диагональном сопоставлении частей таблицы (левая верхняя с правой нижней, и наоборот) выявляется общий недостаток или избыток энергии, нарушающий сохранение нормального соотношения двух начал.

Относительно внешних признаков нарушения баланса двух начал китайский врач Ней Цинг писал 6 веков назад: «При зуде и дряблости (недостаток ян) мы говорим о пустоте, таково правило, такова традиция. Однако есть худые люди (недостаток инь), которые тоже жалуются на боли в точках (признак излишка ян) и опухоли (признак излишка инь), и тем не менее они пусты (оба вида энергии в недостатке)». Существуют различные варианты неравномерного распределения излишка и недостатка инь и ян в отдельных органах или частях тела. В одной части тела может образоваться избыток ян, и он проявится, а где-то в другом

ВАРИАНТЫ СОСТОЯНИЙ (сочетания):

Излишек ян при недостатке инь
Недостаток ян при излишке инь
Излишек ян и инь одновременно
Недостаток ян и инь одновременно

ИЗЛИШЕК ЯН

Голос чрезмерно звучный, очень звонкий. Слишком блестящие живые глаза. Быстрые жесты. Возбуждение при разговоре. Чрезмерная веселость, пение, смех. Склонность к повышению температуры тела. Лихорадки, местные боли, склонность к напряженности мышц, спазмам. Боль в точках при нажатии.

НЕДОСТАТОК ЯН

Рыхлое, дряблое тело, бледность. Голос не звонкий. Глаза тусклые. Жесты ленивые. Затруднение речи. Слезливость. Подверженность ночному кашлю или приступам жара. Повышенная потливость. Онемение в области точек (при нажатии на них)

НЕДОСТАТОК ИНЬ

Худоба, синюшное черноватое лицо. Одутловатость. Бледность. Дряблое тело. Физическая слабость, вялость. Ленивость. Утомляемость, несопротивляемость. Склонность к обморокам

ИЗЛИШЕК ИНЬ

Красный цвет лица. Крепость тела. Склонность к полноте. Предрасположенность к гнойникам, воспалениям, припухлостям, гиперемиям. Внутренняя дрожь

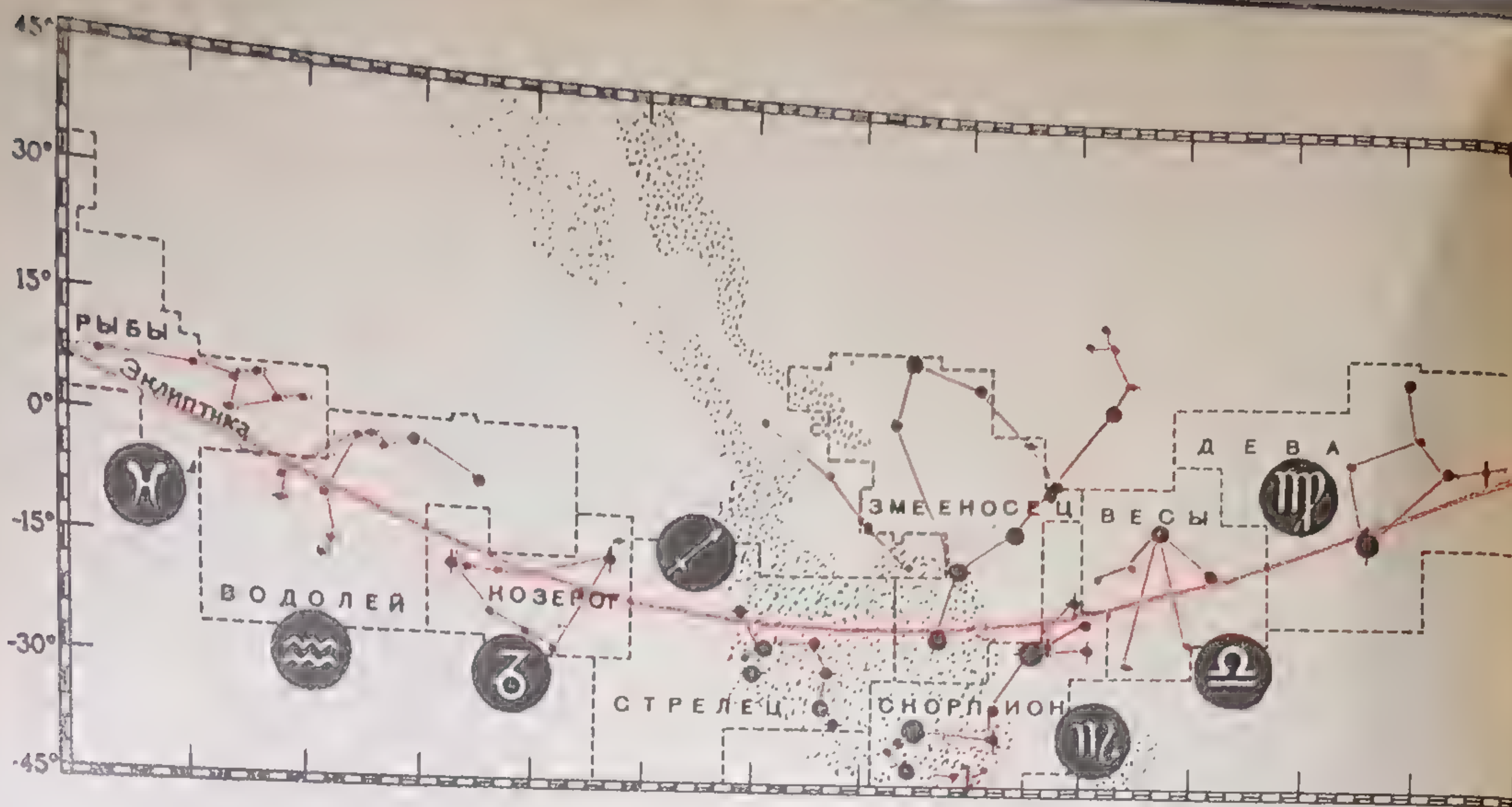
органе недостаток ян также будет иметь свои внешние признаки.

Издревле для исследования энергетического баланса в организме китайские врачи пользовались *пульсовой диагностикой*. Исследование пульса в этом случае превращается в сложную процедуру, требующую высокой квалификации. Некоторые элементы пульсовой диагностики будут даны в следующем выпуске.

* * *

СОЛНЕЧНЫЙ ГОД И «НЕБЕСНАЯ» КАЛЕНДАРНАЯ СИСТЕМА

В библейские времена люди узнавали, что приближается лето, по распускающимся листьям на мягких ветвях смоковницы. Со временем убедились, что сезонный ход годового цикла надежнее определять по звездам, нежели по смоковнице; уже в начале II тысячелетия до нашей эры египетские жрецы высчитывали с точностью «отставание» Солнца от движения звезд, а в качестве естест-



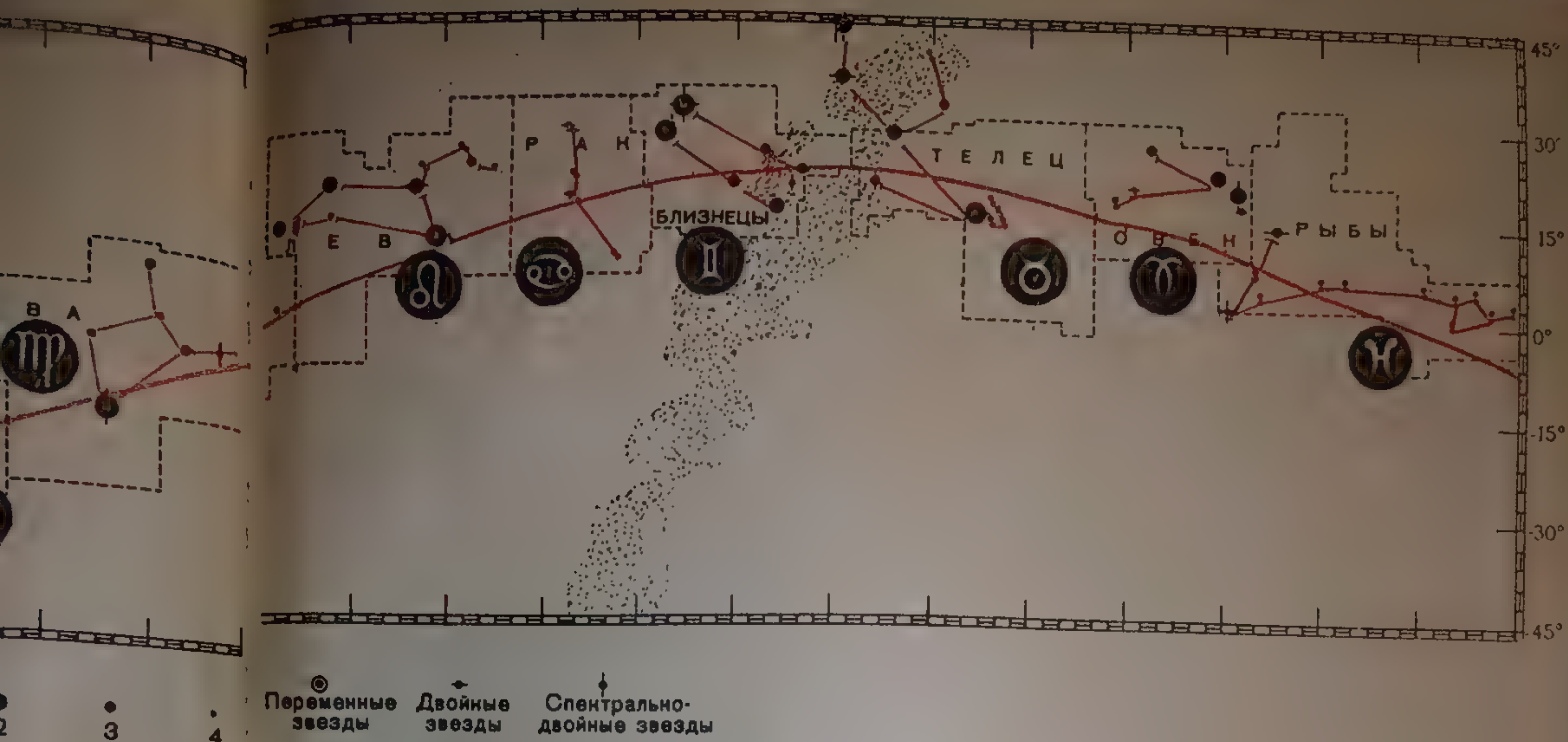
Созвездия, пересекаемые эклиптической

венного и надежного стандарта измерения времени для определения сроков сельскохозяйственных работ в земледельческом календаре Гесиода наряду с криком журавля упоминаются звезды, пишет в своей книге «Хронология Древнего мира» (Лондон, 1969) Э. Бикерман. Дело в том, что древние астрономы наблюдали и кажущееся суточное движение небесной сферы (созвездий), и путь видимого годового движения Солнца среди звезд, названного по-гречески эклиптической (от слова «затмение», так как видят созвездие, на фоне которого находится Солнце днем, удастся во время солнечного затмения).

Теперь мы знаем, что на самом деле Земля обращается вокруг Солнца, а следовательно, видимое перемещение нашего светила только кажущееся в отличие, скажем, от движения на небе спутника — Луны. Известно и то, что видимый годовой путь Солнца среди созвездий — эклиптика представляет собой эллипс, наклон плоскости которого к плоскости земного экватора ($23^{\circ}27'$) обуславливает смену времен года на нашей планете, а количество получаемого солнечного света и тепла зависит в основном от угла падения солнечных лучей на поверхность Земли. Именно годовой путь Солнца определяет периодичность чередования и повторения сезонов (времен года) и тем самым ритм в жизни растений, животных и человека. Это обращение Солнца по эклиптике и дает нам естественный, или солнечный, год. И основанный на нем сов-

ременный календарь имел своим прообразом древнейший из известных солнечных календарей — древнеегипетский, относящийся к IV тысячелетию.

О проблемах в составлении солнечных календарей в древности свидетельствует следующий отрывок из декрета Птолемея III Эвергета (246—222 до н. э.), правившего Египтом: «...дабы времена года неизменно приходились как должно по теперешнему порядку мира и не случилось бы то, что некоторые из общественных праздников, которые приходятся на зиму, когда-нибудь пришлось бы на лето, так как звезда (Сириус) за каждые четыре года уходит на один день вперед, а другие, празднуемые летом, в будущее время не пришлось бы на зиму, как это бывало и как будет впредь состоять из 360 дней и пяти дней, которые к ним добавляют, то отныне предписывается через каждые четыре года праздновать праздник богов Эвергета после пяти добавочных дней и перед новым годом, чтобы всякий знал, что прежние недостатки в счислении времен года и лет отныне счастливо исправлены царем Эвергетом» (Идельсон Н. История календаря. — Л., 1925). Эта идея високосного года, с помощью которого достигалось лучшее соответствие календаря солнечному году, впервые была реализована лишь в 46 году до н. э. Юлием Цезарем. В новом календаре, названном юлианским, старого стиля, как теперь его называют, год постоянно начинался с 1 января.



Еще древние астрономы установили, что Солнце в течение года перемещается в направлении, противоположном суточному видимому вращению небосвода (созвездий), почти на 30° за период лунного месяца. И годовой путь Солнца (эллипс эклиптики) разделили они на 12 равных (по 30° в каждом) отрезков — по числу лунных месяцев в году, чтобы согласовать с природным календарем («восходов» и «заходов» звезд, их движения) календарь гражданский, основанный на Солнечном годе. В пределах этих отрезков созвездия эклиптики были обозначены знаками так называемого зодиака, т. е. круга животных (в буквальном переводе с греческого), символизировавшего круг эклиптики. Как показано на иллюстрации (2-я сторона обложки), в пределах каждого знака Солнце находится примерно месяц (точное время вступления его в созвездия эклиптики дается в «Астрономическом ежегоднике» на каждый год).

Следует учитывать, что созвездия и знаки зодиака ныне значительно отличаются от тех, которые существовали в древности: не совпадают в границах: Солнце проходит неодинаковый путь в каждом из них и пребывает там разное время. Если в созвездии Скорпиона Солнце «гостит» около недели, то в 13-м по счету созвездии — Змееносца, не имеющего своего знака, — около 3 недель. Так Скорпион и Змееносец были объединены в единый знак под общим названием Скорпион. На фоне созвездий зодиака происходит и видимое перемещение планет Солнечной системы — семь

светил у древних астрономов (включая Луну и Солнце).

Система эта создавалась еще в Вавилоне (до 700 г. до н. э.), и зодиакальные «часы» были проще в употреблении, чем непосредственно звездные «часы» естественного, солнечного года, пишет Э. Бикерман, замечая, что Варрон, например, датировал римский праздник робигалии весьма просто, «Когда Солнце достигает десятого градуса Тельца».

Остроумные астрономические таблицы на досках — паранегмы позволяли отмечать дни календарного месяца передвижными колышками, вставлявшимися в отверстия с названиями звезд. Например, в календаре Эвктема появление ласточки относилось ко второму дню знака Рыб.

Зодиакальный год начинался в знаке Овна, т. е. под знаком весеннего равноденствия, а когда Солнце вступало в знак Рака, начиналось лето, знак Весов соответствовал осени, а Козерог означал зиму. И для определения смен времен года, дат праздников и других событий положение Солнца относительно созвездий (знаков) зодиака имело огромное значение.

Ввиду того что даты нахождения Солнца в любой точке эклиптики были точно известны, выяснилось, что даты четырех поворотных точек (тропических) Солнца носят постоянный характер: два солнцестояния (летнее и зимнее) — 22 июня и 22 декабря (когда Солнце достигает самой дальней точки от Земли на своем годовом пути) и два равноденствия — при пересечении эклиптики

ни с небесным экватором (когда Солнце переходит из одной полусферы в другую). При этом координаты Солнца равны 0° в день весеннего (для Северного полушария) равноденствия — 21 марта, когда оно переходит в него из южной полусферы, и, наоборот, 23 сентября — в день осеннего (для Северного полушария) равноденствия — координаты равны 180° .

Самая длинная ночь (в Северном полушарии 22 декабря) и самый длинный день (там же 22 июня), и оба дня равноденствий явились как бы контрольными вехами при составлении календарей (Цыбульский В. В. *Календари и хронологии стран мира.* — М., 1982). И если в наше время мы определяем их по григорианскому календарю, то древние ориентировались по знакам зодиака. Например, когда Солнце находилось под 1° знака Рака, это означало для них, что наступил самый длинный день (22 июня).

На зодиакальных картах и в зодиакальном круге точки весеннего и осеннего равноденствий, в настоящее время находящиеся соответственно в созвездиях Рыб и Девы, изображаются знаками Овна и Весов.

Движение точки весеннего равноденствия к западу вдоль созвездий зодиака было открыто еще во II веке до н. э. Гипархом и названо прецессией (предшествованием, или предварением, равноденствий). Дело в том, что земная ось, подобно оси вращающегося волчка, непрерывно изменяет свое положение в пространстве (гироскопический эффект), описывая коническую поверхность вокруг оси эклиптики, пишет Н. В. Мамуна (*Созвездия зодиака.* — М., 1988). А так как при этом плоскость земного экватора будет изменять свое положение в пространстве, будет происходить и перемещение равноденственных точек.

«Перемещение по эклиптике точки весеннего равноденствия, от которой ведется отсчет знаков зодиака, подобно стрелке неких гигантских вселенских часов, оно как бы соотносит с зодиаком историю человечества. Ведь чтобы обойти весь зодиакальный «циферблат», этой стрелке требуется около 26 тысяч лет (более точный период прецессии — 25 750 лет). В пределах одного знака зодиака точка остается около 2100 лет. И можно представить, сколько исторических событий оказываются спрессованными в один «зодиакальный час», — замечает Н. Мамуна.

На представленной иллюстрации (2-я сторона обложки) точка весеннего равноденствия (21 марта), с которого начинается зодиак, перешла из Близнецов в созвездие Тельца около 5 тысячелетий назад, в созвездие Овна — в 1867 году до н. э., в созвездие Рыб — в 69 году до н. э. (в

котором находится в настоящее время), а в созвездие Водолея перейдет лишь в 2597 году! Аналогично можно представить себе движение по часовой стрелке остальных поворотных точек. Например, точка летнего солнцестояния (самый длинный день) перешла в середине осени 1988 года из созвездия Близнецов в созвездие Тельца, по которому и будет перемещаться в течение ближайших 3 тысячелетий.

Цикличность движения планет и созвездий (знаков зодиака), с одной стороны, и бесчисленные, практически неповторяющиеся на протяжении человеческой жизни взаимные расположения планет на фоне созвездий зодиака — с другой, создавали уверенность у древних наблюдателей в том, что небесные светила оказывают влияние на всю жизнь природы и самого человека. Наблюдатели эти назывались астрологами, и считалось, что лишь посвященным открыт «язык планет». В Римской империи, в Западной Европе эпохи Возрождения придворные астрологи составляли гороскопы должностных лиц, ныне и некоторые западные фирмы не принимают на те или иные работы людей без астрологических предсказаний и прогнозов (Мамуна Н. В. *Созвездия зодиака*). Примечательно, что астрологические предсказания основываются как раз на расположении планет в тех или иных знаках зодиака в рассматриваемый момент времени, и знаки эти усиливают или ослабляют их влияние.

Реферат подготовил Л. ЖУКОВ

* * *

ЧТО ТАКОЕ ГОРОСКОП?

КАК И ПОЧЕМУ ИМ ПОЛЬЗУЮТСЯ?

Об астрологии

ЧИТАЙТЕ

в следующих выпусках
факультета «Твое здоровье»

АНТОЛОГИЯ «ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ»

АНТИПАТР СИДОНСКИЙ (II—I века до н. э.)

Слухам не верю, хотя достоверен источник. Но все же,
Если, Памфила, меня любишь, молю, не целуй.

(Перевод Ю. Шульца)

ЛУКИЛЛИЙ (I век н. э.)

Снилось ленивому Марку однажды, что бежал он долго.
После того он не спит, чтобы не бегать во сне.

(Перевод Л. Блуменау)

Спящий Деметрий,дохнув ненароком на Артемидору,
Этим из дому ее, нежную, выбросил вон.

(Перевод Л. Блуменау)

Вовсе не мятой Критон-Сребролюбец себя исцеляет,
Если урчит в животе, но ароматом грошей.

(Перевод Ю. Шульца)

НИКАРХ (I век н. э.)

Вешаться было собрался Динарх. Только самая малость —
Несколько медных монет скрягу заставило жить:
Столько спросили с него за веревку, и он отказался
Дать эту цену, решив смерть подешевле найти.
Вот уж, действительно, Главк, величайший пример скопидомства:
Несколько медных монет скрягу заставило жить!

(Перевод Л. Блуменау)

Вызвал однажды на суд глухой глухого, но глуше
Был их гораздо судья, что выносил приговор.
Плату за нанятый дом за пять месяцев требовал первый;
Тот говорил, что всю ночь он напролет промолот.
«Что же вам ссориться так? — сказал им судья
беспристрастный, —
Мать вам обоим она — оба кормите ее».

(Перевод Ф. Петровского)



НА НАШЕЙ ОБЛОЖКЕ:

Сальвадор ДАЛИ (1904—1989). Сон, вызванный полетом пчелы вокруг граната, за секунду до пробуждения. 1944 г. Масло, холст, 51×41 см. Подпись справа внизу, на скале: «I'ALA. Сальвадор Дали» (1974.46). Из собрания коллекционера барона Ганса Генриха Тиссен-Борнемиса (экспонировалась в Москве и Ленинграде в 1988 году).

Пионер сюрреализма,

классик современной живописи маркиз Сальвадор Дали скончался в начале нынешнего года (через 6 лет после смерти жены Галины Дьяконовой). Известен комментарий его к картине: «Целью было впервые изобразить открытый Фрейдом тип долгого связного сновидения, вызванного мгновенным воздействием, от которого и происходит пробуждение. Подобно тому как падение иглы на шею спящего одновременно вызывает его пробуждение и длинный сон, кончающийся гильотиной, жужжание пчелы вызывает здесь укус жалом, который разбудит Галу. Вся жизнетворящая биология возникает из лопнувшего граната. Слон Бернини на заднем плане несет на себе обелиск и атрибуты папы».

- На первой стороне обложки рисунок Виталия Пескова
- На третьей стороне обложки рисунки В. Луговкина, В. Розанцева, М. Златковского
- В тексте юмористические рисунки М. Златковского

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНОЕ ИЗДАНИЕ

МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ И БОЛЕЗНЬЮ

Редактор В. С. АЛГУЛЬЯН

М43 Между здоровьем и болезнью: (вып. 1).— М.: Знание, 1989.—96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье», № 3).

ISBN 5-07-000149-23

40 к.

В основе выпуска — научно-популярный очерк профессора В. Десятникова «Лики скрытой депрессии», беседа с профессором А. Амбрумовой о причинах и возможностях предупреждения самоубийств. В рубриках — ответы на вопросы о расстройствах и загадках сна, рекомендации врача-психотерапевта А. Полеева, тест самоконтроля для предупреждения нервно-психического срыва, даны советы по сбору, сушке и хранению лекарственных трав, рассказывается о возможностях диагностики по руке, о солнечно-зодиакальном годе в фокусе традиций восточной медицины. Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4101000000

ББК 51.2

Художники-оформители:

В. КОНЮХОВ,
В. ПЬЯНЫХ,
Г. ЧИРКОВА

Главный отраслевой редактор
А. НЕЛЮБОВ

Мл. Редактор
Л. ЩЕРБАКОВА

Худож. редактор
П. ХРАМЦОВ

Техн. редактор
Н. КЛЕЦКАЯ

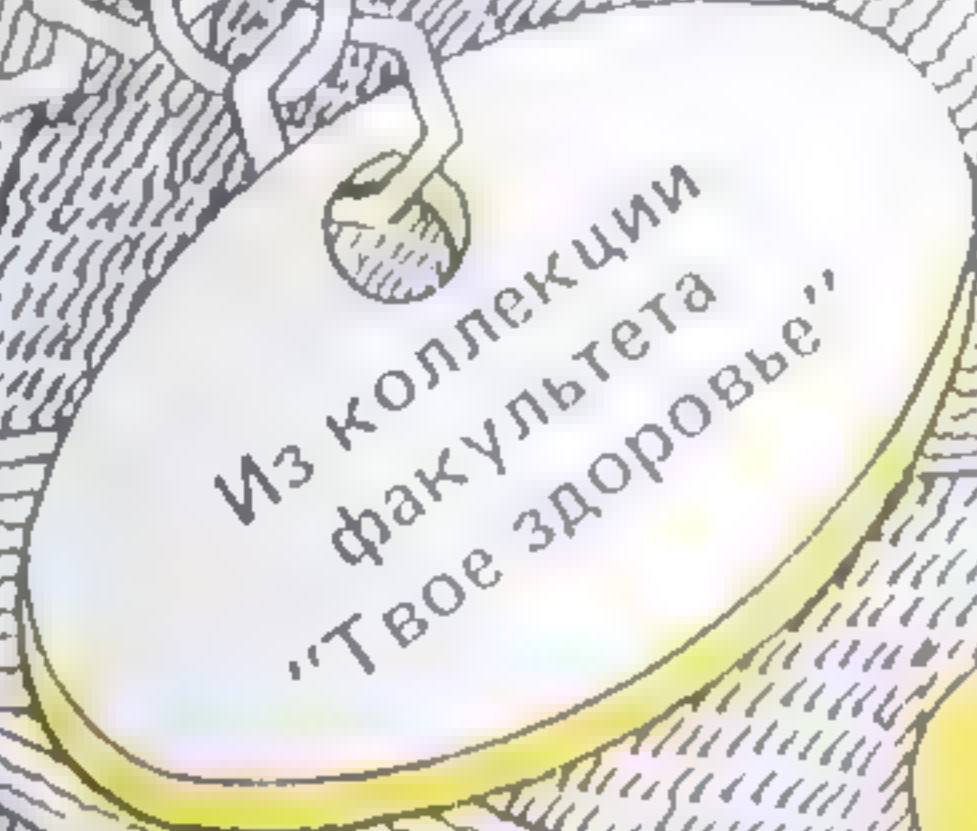
Корректор С. ТКАЧЕНКО

ИБ № 9888

Сдано в набор 03.04.89.
Подписано к печати 28.04.89.
Формат бумаги 70×100^{1/16}
Бумага книжно-журнальная
Гарнитура литературная
Печать офсетная
Усл. печ. л. 7,80
Усл. кр.-отт. 16,57.
Уч.-изд. л. 9,24.
Тираж 2982298 экз.
Заказ № 653

Цена 40 коп.
Издательство «Знание», 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4.
Индекс заказа 896303.
Отпечатано с пленок типографии № 12 МО на Ордена Трудового Красного Знамени Чеховском полиграфическом комбинате Государственного комитета СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли 142300, г. Чехов Московской области

тографии № 12
Красного Знаме-
ском комбинате
СССР по до-
кументации нов-
остей в воен-



67-230

Цена 40 коп.
Подписной индекс 70063



факультет

ТВОЁ ЗДОРОВЬЕ

3

А Я

ке чит

Бере
ИЧЕСК

анан
АВЛИВ

расо
Ы (ЗА
СЕБЯ

тельство

Издательство
«Знание»

Болезни: течение,
прогноз, предупреждение



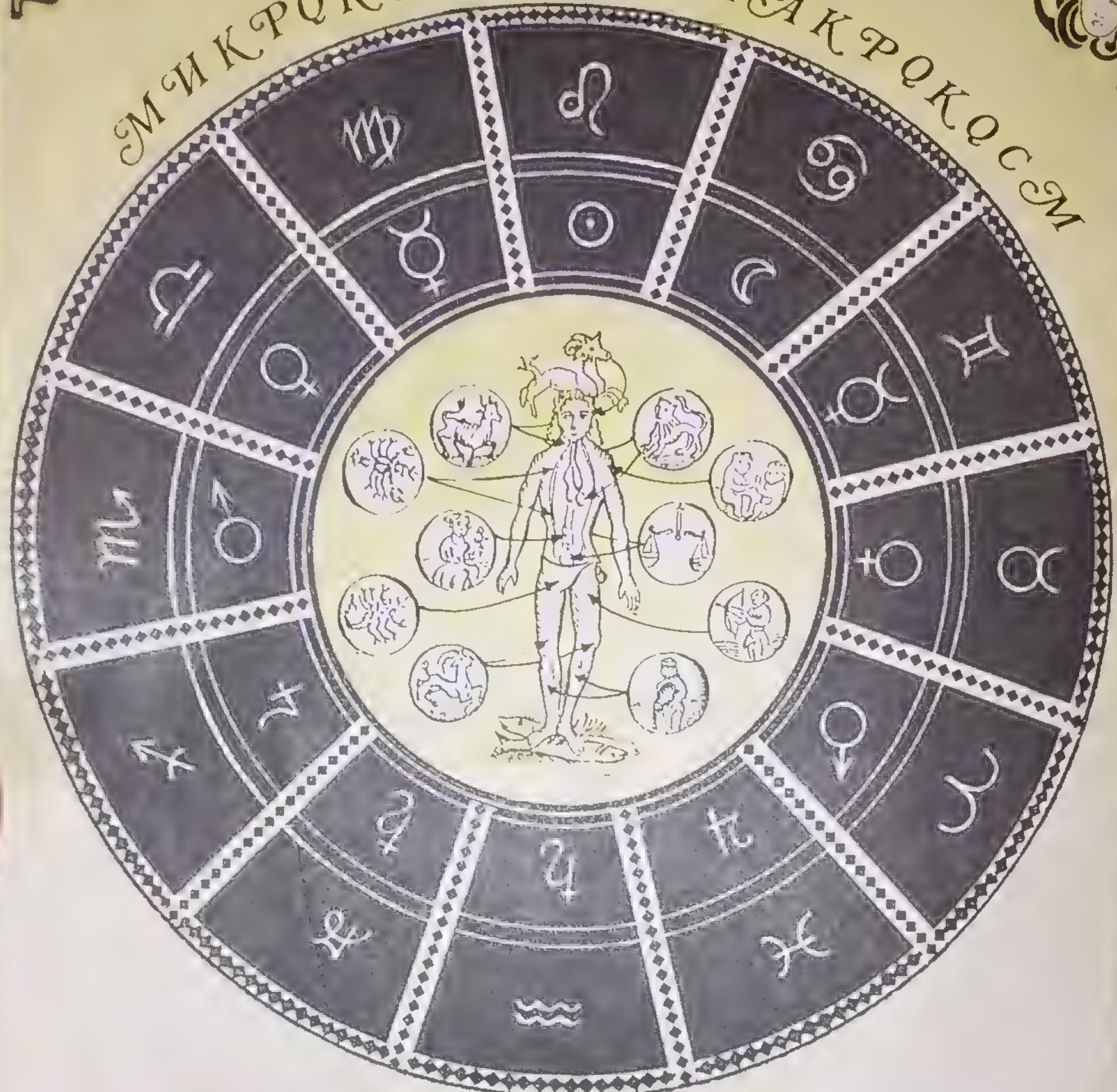
ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ
ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ
ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ
Советы и рекомендации
практических врачей
Беседы с учеными — медиками
факультет

ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ
Народный университет
Июль — Август

4/89



МИКРОКОСМ И МАКРОКОСМ



ЗОДИАКАЛЬНЫЙ ЧЕЛОВЕК

ЗНАКИ ЗОДИАКА				ПЛАНЕТЫ	
ОВЕН	♈	ВЕСЫ	♎	СОЛНЦЕ	☉
ТЕЛЕЦ	♉	СКОРПИОН	♏	ЛУНА	☾
БЛИЗНЕЦЫ	♊	СТРЕЛЕЦ	♐	МЕРКУРИЙ	☿
РАК	♋	КОЗЕРОГ	♑	ВЕНЕРА	♀
ЛЕВ	♌	ВОДОЛЕЙ	♒	МАРС	♂
ДЕВА	♍	РЫБЫ	♓	ЮПИТЕР	♃
				САТУРН	♄

объяснение в тексте

факультет

ТВОЁ ЗДОРОВЬЕ

4/89

Июль — Август

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ —
ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ

(выпуск 1)

В выпуске читайте:

В. Шищенко

ИСТОКИ ЗДОРОВЬЯ

И. Мануилова

КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ
ЖЕНЩИНЫ

И. Березин

ЧТО ЕСТЬ «НА ЗДОРОВЬЕ»

В рубриках:

Советы и рекомендации практических врачей

Сексологический взгляд на супружескую гармонию

О сладостных родах и их значении для ребенка

Как стать стройной: советы психолога

Фенология здоровья: о диагностике по руке

О приготовлении лекарственных средств

Домашнему «психотерапевту»: советы астролога

Взгляд в прошлое: о «злых» женах и «добрых» мужьях

Концепция времени в средневековой европейской медицине

Издательство «ЗНАНИЕ» Москва 1989

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

Истоки здоровья (беседа с доктором медицинских наук
В. М. ШИЩЕНКО) (3)

Возможности профилактики

И. МАНУИЛОВА. Как сохранить здоровье женщины (11)

Участие психотерапевта

М. БОНДАРЧИК. Еще раз о супружеской гармонии (24)

Наши письма

Ю. ПРОКОПЕНКО. О гармонии в интимной близости (27)

З. АНИСИМОВА. Болезненно то, что чрезмерно (34)

Здоровье

Р. НАРЦИССОВ. Партус феликс (37)

Нужно на заметку

Похудание и сексуальная жизнь. Половая жизнь и беременность. Гигиена половой близости и рак. Иглоотерапия и контрацепция (41)

Физиология здоровья

Е. ТРЕПАКОВ. Диагностика по руке? (43)

Питание и...

И. БЕРЕЗИН. Что есть «на здоровье» (51)

Возможности самоконтроля

О. КОПИНА. Как стать стройной: советы психолога (72)

Взгляд в прошлое

А. МОРОЗОВ. «О, зло зла злее, злая жена!..» (77)

Народные средства

Е. РОБЕВА. Внедрение опыта народного врачевателя (80)

Н. АБАШИНА. «Домашнему провизору». Совет третий (81)

Применение психотерапевту

М. ЛЕВИН, Ф. ВЕЛИЧКО. «Все врут календари...»? (83)

Концепции времени и здоровья

Зодиакальный человек (93)

М. ЛЕВИН, Т. МИТЯЕВА. Прогноз «Твое здоровье» (94)

Редактор В. АЛГУЛЬЯН

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

На вопросы отвечает старший научный сотрудник Научно-исследовательского института педиатрии Академии медицинских наук СССР, доктор медицинских наук, врач Вероника Михайловна **ШИЩЕНКО**.

ПЕРВЫЕ ДЕТСТВО

— Выясняя историю болезни, врачи скрупулезно исследуют ее причины, ищут истоки, скрытые подчас и в образе жизни пациента, и в его наследственности. А заботясь о профилактике заболеваний, представляют себе ту грань, за которой «кончается» здоровье, наступает болезнь. Но где начинается здоровье человека, откуда берут начало истоки здоровья, которое от роду как подарок матери получает каждый из нас?

— Рождение человека — это, безусловно, начало всех начал, с пеленок здоровье приходит к нам с молоком матери, ее нежностью и вниманием в той же мере, что и с благополучными родами, завершившими счастливую беременность. Однако прежде всего оно зависит от состояния здоровья матери, которое имела она в различные периоды своей жизни.

В детородном (половой зрелости — фертильном), наступающем к 17—18 годам, и в предшествующем ему периоде полового созревания (препубертатном и пубертатном, границей между которыми считается менархе — первая менструация). Также и в период детства (от рождения до 8—9 лет). Наконец, в собственном перинатальном периоде развития (околородовом — с 28-й недели беременности ее матери до 7-го дня после рождения). А насколько благополучно протекала беременность ее матери (бабушки в нашем примере), зависело в свою очередь от состояния ее здоровья во все перечисленные периоды жизни женщины. Так получается непрерывная цепь причин и следствий, связывающая здоровье поколений людей.

Что реально может дать такое представление практически? Оказывается, результаты научных исследований уже позволяют обоснованно строить предположительные прогнозы относительно

Каждое поколение людей открывает новые возможности человеческого духа, физического и интеллектуального развития. И наша жизнь, со всеми ее сложностями и противоречиями, тем не менее призвана создавать лучшую перспективу следующим поколениям. Но несомненно, что теперь это требует от каждого человека, общества в целом и большей ответственности, и больших материальных затрат, чем когда бы то ни было прежде.

Сегодня, размышляя о социальной справедливости, о том, живем ли лучше, чем вчера, стоит задуматься и спросить себя: что делаю лично я для того, чтобы потомки были здоровы и счастливы? По совести ли будет рассчитывать, что все как-нибудь само устроится, а нет, так и «после меня хоть потоп»? Разберутся ли сами с таким наследством наши дети и внуки? Пусть будут умнее нас?

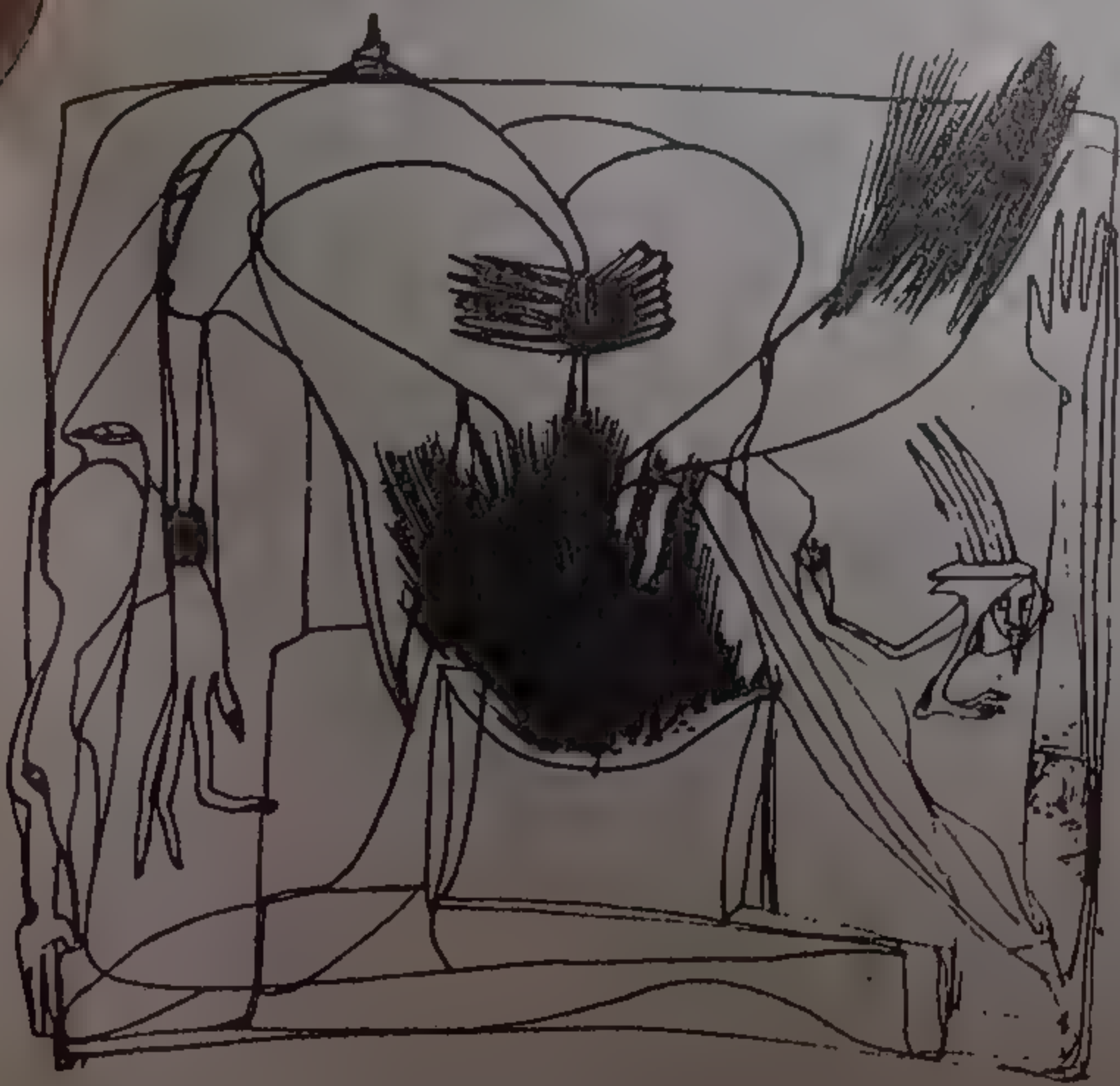
Соображения эти целиком относятся и к нынешней всеобщей озабоченности перспективами в состоянии здоровья людей. Воистину, от плохого семени не жди доброго племени, а ждать и не приходится, об этом свидетельствуют проблемы охраны здоровья, защиты окружающей среды. Вот почему так важно обратиться к охране здоровья женщины. Речь идет об ответственности за воспроизведение человеческого рода, о том, что здоровье женщины — здоровье ее семьи.

Между тем репродуктивное здоровье женщины не существует изолированно от ее психологического и социального благополучия. Иными словами, на будущую мать недостаточно посмотреть глазами акушера-гинеколога. Прежде всего в ней важно видеть средоточие той человеческой доброты и тепла, без которых и рожденный ею не мог бы стать человеком. Как сберечь эти присущие ей качества? И как должна относиться к своему здоровью она сама? Вопросы эти в поле зрения авторов нашего выпуска.

риска осложнений беременности и родов, состояния здоровья новорожденного по крайней мере на двухлетний период предстоящей жизни. По сути дела, речь идет о прогнозе истории развития будущего ребенка. Конечно, такой прогноз создается для своевременного принятия мер, коррекции состояния здоровья женщины, в расчете на предупреждение возможных неблагоприятных последствий для здоровья — ее собственного и будущего ребенка.

В таких прогнозах принимаются во внимание признаки неблагополучия, которые проявились буквально с первых дней жизни будущей матери, а в случае необходимости учитывается и то, как протекала беременность ее матери. Отклонения от нормы так или иначе могут оставить свой след, сказаться на репродуктивной функции женщины, а следовательно, и здоровье будущего ребенка. Зная такие закономерности, можно гарантировать рождение здорового ребенка, если путем коррекции обеспечивать здоровье будущей матери во все предшествующие беременности возрастные периоды ее жизни.

Вот пример из практики, наглядно показывающий, как прогноз истории развития будущего ребенка связан с ис-



Александр Элмар. Из серии «Тропикализм». 1986 г. Бумага, тушь. 40×40 (из коллекции Творческого центра молодежного объединения «Импульс». 119048. г. Москва, Хамовнический вал, 34. Гостиница «Юность»)

торией болезни его матери, с состоянием ее здоровья в период беременности и предшествующей ему.

Обследовалась женщина 27 лет (мужу ее 30 лет, он здоров), в начале третьей беременности. Предыдущие две беременности у нее закончились самопроизвольным выкидышем (на 19-й и 18-й неделях), а последняя осложнилась (эндоцервицит). Течение беременности осложнялось повторными угрозами прерывания (боли в низу живота, кровотечения). На 12-й неделе наложены ей были швы по поводу истмико-цервикальной (в области перешейка и шейного канала матки) недостаточности. Из истории болезни известно, что менархе наступила в 15 лет, однако установилась не сразу, менструальный цикл колебался от 27 до 35 дней, месячные болезненные и обильные. Страдала гормональной недостаточностью во 2-й фазе менструального цикла (гипофункция яичников). Хотя хронических соматических заболеваний не обнаружено, в детстве часто болела ОРВИ (острыми респираторными вирусными инфекциями), аллергических проявлений не было.

Для прогноза изучались клиническая картина и результаты цитохимического анализа крови, обследованной у будущей матери в начале беременности (исследовались особенности изменений ферментного статуса лейкоцитов крови матери и плода в периоды 2—3-й, 5—6-й, 7—8-й, 10—11-й и 16-й недель внутриутробного развития). Дело в том, что признаки, несущие прогнозную информацию, выявляются количественным цитохимическим анализом клеток периферической крови (Р. П. Нарцисов, 1969). В частности, лимфоидная система способна не только «запечатлеть» прошлое и содержать информацию о настоящем, но и опережающе отражать будущие события (И. А. Комиссарова, 1983).

Способ прогноза основан и на составлении специальных прогностических таблиц (для определения вероятности того или иного события, например болезни) и регрессионных уравнений, позволяющих рассчитать время его наступления и длительность (М. Н. Столович, 1977; Р. П. Нарцисов, 1978; З. Н. Духова, Т. Т. Кондрашева, Р. К. Катосова, 1978; Е. И. Степанова, 1986; В. М. Шищенко и др., 1984).

В данном случае, в нашем примере, прогноз позволил предположить, что ребенок родится преждевременно (около 35 недель), с осложнениями в виде нарушения мозгового кровообращения I—II степени (гипотоксического характера), состояние новорожденного (по шкале Апгар) не более 7 баллов. Далее прогноз показывал, что в полугодном и годовом возрасте ребен-

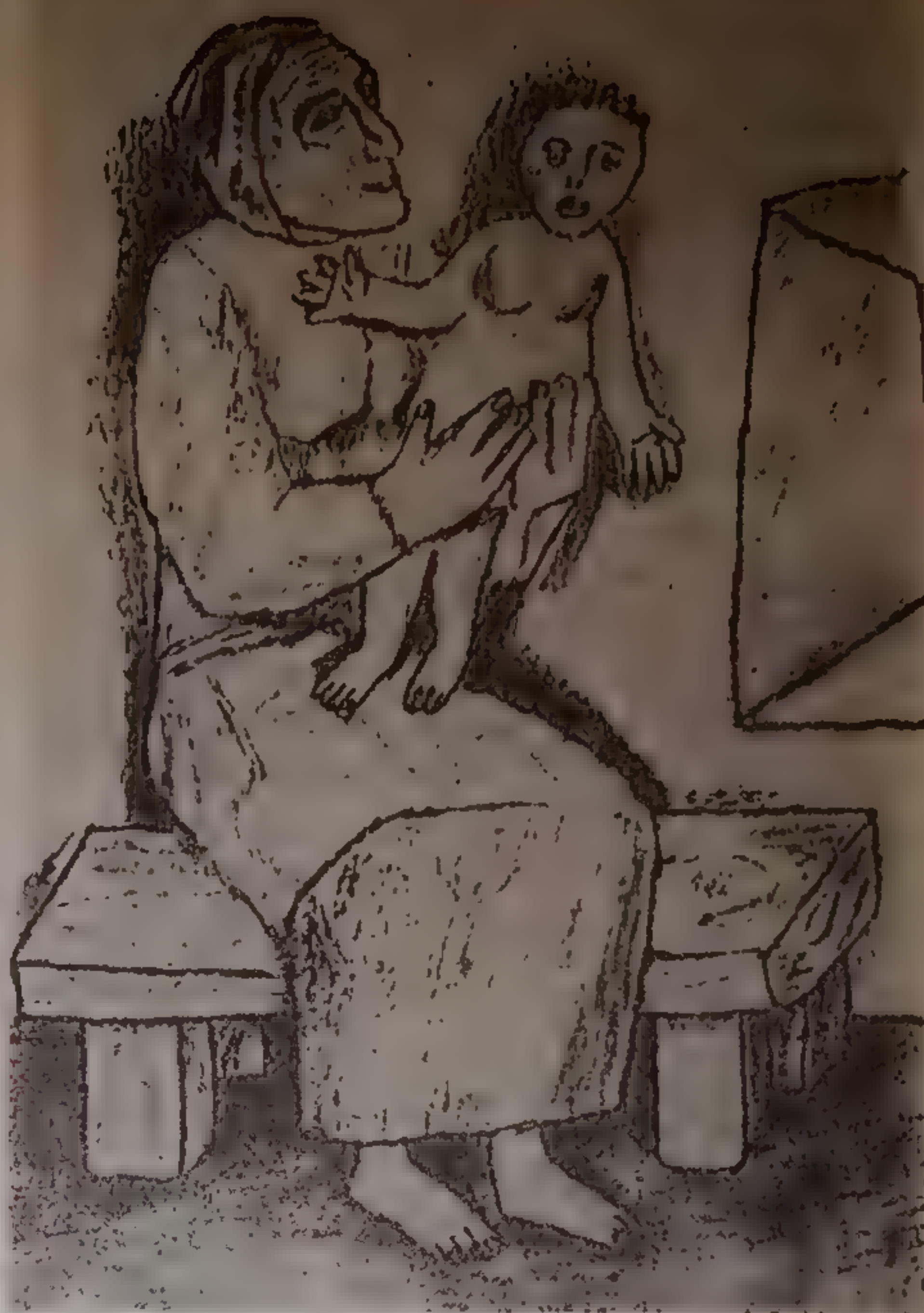
нок будет отставать в психомоторном развитии (плохо говорить, пойдет после 1 года 3 месяцев). Несмотря наотягощенный акушерский анамнез у будущей матери и осложненное течение ее беременности, *предсказать наличие заболеваемости ребенка в первом и втором полугодии в данном случае было трудно, хотя не исключалось, что болеть он не будет.*

Предсказывалось, что на естественном вскармливании ребенок будет находиться до 8—9 месяцев, с первых дней жизни появятся *первые признаки аллергического диатеза*; далее к 2 годам отставание в психомоторном развитии в значительной степени уменьшится (будет говорить фразами из 2—3 слов, убирать за собой игрушки, хорошо ходить, самостоятельно одеваться). **Реальность подтвердила прогностический сценарий развития будущего ребенка и сроки родов:** она была не хуже, но и не лучше прогноза.

Конечно, такие прогнозы носят вероятностный характер, однако сценарий будущего развития ребенка, беременности и родов позволяет выбрать пути коррекции состояния здоровья будущей матери, а тем самым сохранения здоровья будущего ребенка. По мнению профессора Р. П. Нарциссова, *прогностические сценарии развития ребенка, как и отдельные прогнозы, могут и должны создаваться в нескольких вариантах. Во-первых*, для врача-педиатра, наблюдающего данного ребенка; *во-вторых*, для его родителей, с рекомендациями по оптимизации развития, предупреждению заболеваний; *в-третьих*, для предприятия, где работают родители, с целью социальной поддержки оптимального развития ребенка; *и наконец*, сценарий может быть адресован самому ребенку в более старшем возрасте, изложенный в доступной для него форме.

— И все же когда надо начинать коррекцию, чтобы гарантировать нормальную беременность, благополучные роды и здоровье будущего ребенка?

— Заботиться о следующем поколении людей — это значит заботиться о сегодняшних девочках — завтрашних матерях и послезавтрашних бабушках. Иными словами, **коррекцию мы долж-**



Павел Филонов. *Мать*. 1924—1925 гг. Бумага на картоне, акварель. 9,4×6,2

ны проводить буквально на каждом этапе — возрастном периоде в жизни женщины, из поколения в поколение. Если женщина пришла к нам перед беременностью — мы ведем коррекцию, затем — во время беременности, далее — во время вскармливания, когда уже родился ребенок. Помощь матери нужна, чтобы родившаяся девочка — будущая мать — правильное воспитание получила с пеленок, с тем чтобы обеспечить здоровье свое и будущего ребенка, детей.

Вот почему мы сегодня должны обеспечить здоровье девочек в препубертате и пубертате, когда тот же тонзиллит может сказаться на репродуктивной функции, не говоря уже об отклонениях от нормы в становлении менструального цикла. А ведь как часто мать не обращает внимания на то, как проходят менструации у девочки — болезненные или нет, четкие или нечеткие, обильные или скудные. Все это отражается

и на последующей беременности, на возможности выкидышей, что в свою очередь не может не осложнять течение будущей беременности, а следовательно, скажется и на состоянии здоровья будущего ребенка. Все это входит в понятие *отягощенного акушерского анамнеза*. У женщин, страдающих различной хронической патологией, чаще наблюдаются и осложнения в родах, приводящие к последующей инвалидизации рожденных детей.

Такие осложнения беременности, как угроза ее прерывания, нефропатия, анемия, способствуют развитию у плода и новорожденного гипоксии — состояния, возникающего при недостаточном снабжении тканей организма кислородом. Дети часто имеют различные отклонения в нервно-психическом и физическом развитии — от расстройства поведения, трудностей в период обучения до детских церебральных параличей, серьезных заболеваний внутренних органов.

Во внутриутробном периоде инфицирование плода, нарушение формирования и развития органов и систем его организма может возникнуть из-за острых и хронических заболеваний матери, осложняющих течение беременности. Доказано также заболевание у ребенка того же внутреннего органа, что и у матери, — поражения типа «орган — орган».

Известно, что любое сильно и длительно действующее эмоциональное напряжение в периоды до и во время беременности может изменить среду, окружающую плод, или гормональный баланс в тонких взаимосвязях системы «мать — плацента — плод» и тем самым ухудшить состояние плода. А практически каждая женщина в период беременности обеспокоена судьбой (здоровьем) будущего ребенка. Естественно, что в большей степени выражено беспокойство у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, с различными хроническими заболеваниями. Именно у этих женщин возникают различные стрессовые ситуации (неадекватные реакции, которые становятся стрессовыми). Так возникает порочный круг, впрочем, вполне закономерный: заболевания ухудшают состояние нервной системы, а то и другое

утяжеляет течение беременности, родов, состояние новорожденного в последующие месяцы его развития.

Следует помнить, что повышенная нервная возбудимость женщины достоверно коррелирует с такими, например, состояниями: бесплодие, женские болезни негормональной природы, заболевания щитовидной железы, срок выкидышей, слабость родовой деятельности, преждевременные роды, родовспоможения, осложнения у новорожденного гипоксического характера, с сокращением продолжительности лактации, с отсутствием положительных эмоций при естественном вскармливании, с недостаточным качеством речи к 1 году, с повышенной нервной возбудимостью ребенка в возрасте от 1 года до 2 лет.

— Как конкретно ведется коррекция здоровья женщины для сохранения здоровья ее будущего ребенка?

— Прежде всего мы стремимся к тому, чтобы она сама творчески подошла к своему здоровью. Вот родила недавно одна моя пациентка абсолютно здорового ребенка. Но в течение полутора лет шла у нас подготовка к желанной беременности, так благополучно закончившейся рождением долгожданной девочки. А до этого она имела 6 или 7 выкидышей с разными сроками беременности, с ней замучились врачи, пытались помочь. И пока она сама с нашей помощью не занялась осмысленной подготовкой к беременности, ничего не помогало. У нее была инфантильная матка, ей проводили массаж.

Но главное заключалось в общеукрепляющих мероприятиях и в правильном питании, в физкультуре, подключили мы и медикаментозную коррекцию, влияющую на обмен веществ (но очень физиологичную). **Метаболическая коррекция** — сам термин уже подразумевает введение метаболитов — стимуляторов эндогенного (внутреннего) и лекарственного происхождения. Но лекарства эти не есть нечто чужеродное для организма — это то, что называют витаминами, только назначаем мы их в виде активированных форм.

В группе женщин высокого риска развития у детей перинатальной патологии, чтобы уменьшить его до 1%, в случае разных осложнений требуются различные сроки начала мета-

Болезненной коррекции. Так, за 3—5 недель до планируемой беременности начинают курс подготовки препаратами метаболического действия для уменьшения риска инфекционных осложнений, за 3 недели — энцефалопатии новорожденных, за 20 недель — задержки нервно-психического развития к первому году, за 32—35 недель — риска выраженных проявлений аллергического диатеза у грудного ребенка.

И вот что самое важное. Когда женщина выполняет такую комплексную подготовку как бы для себя — один результат, но если ради желанного будущего ребенка — сразу меняется восприятие врачебных рекомендаций и требований («утренняя гимнастика — обязательно, водные процедуры — пожалуйста»), и, конечно, результат соответствующий, порой поразительный!

К сожалению, в подавляющем большинстве случаев вместо счастливого, радостного чувства вынашивания беременности, последующих родов и той же лактации — кормления грудью, вместо того, чтобы испытывать огромный положительный эмоциональный подъем, женщина испытывает тревогу, постоянную, каждодневную.

Эмоциональная подвижность женщины в период беременности обусловлена нормальными изменениями в ее организме (прежде всего гормональными), необходима и в оптимуме усиливает возможности антиципации (неосознаваемого предвидения будущего), того, что женщине дано в значительно большей степени, чем мужчине, не в обиду будь им сказано. Но если такая эмоциональная подвижность переходит границы физиологической нормы, то и способность к предвидению заменяется безотчетной, убийственной тревогой, неадекватными реакциями. Но это тоже относится к группе риска!

Поэтому просто необходима психологическая подготовка. Женщина, если даже больна, ей уже много лет (и очень хочет иметь ребенка), но она все советы и рекомендации учла и исполнила, знает, что своей подготовкой те неприятные последствия, которые могли у нее быть, свела к минимуму, что она может и имеет право быть спокойной за здоровье ожидаемого ребенка.

Для психологической подготовки важно все. Взять, к примеру, массаж, который мы рекомендуем мужу прово-

дить жене во время беременности и который потом оба родителя будут делать своему ребенку.

Здесь сразу два момента положительных: один — общеукрепляющий (стимулирует энергетику обменных процессов в организме), другой — чисто психологический: общение мужа и жены со своим будущим ребенком, первый элемент будущей сплоченности семьи. Ведь когда будущий папа, разговаривая с женой, кладет руку ей на живот, контакт с ребенком (пусть через эмоциональное состояние матери) происходит, а во второй половине беременности муж рукой может ощущать большее шевеление, обсуждая с женой радостное чудо ожидаемых родов. Новорожденный в таком случае уже не будет реагировать плачем на голос отца (хотя именно плач обычно вызывает мужской голос).



Эдуард Дробицкий. Эмансипация. 1976 г. Бумага, масло. 45×65

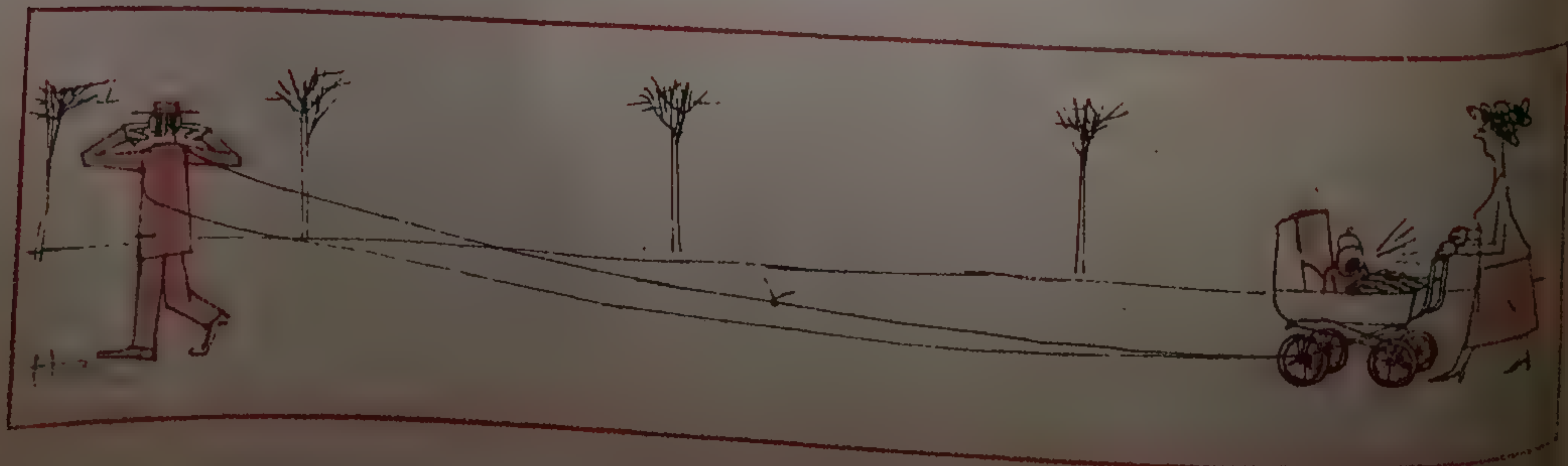
В природе все взаимосвязано — женственность и обаяние женщины, ее женская полноценность, яркость супружеских отношений, спокойная беременность, легкие и эмоционально яркие роды, ранний прилив молока и первое, удивительное по своей эмоциональности свидание с ребенком. Знаете, как смотрит на мать кроха всего нескольких дней от роду после первых жадных глотков-захлебываний? В его глазах все — удивление, восторг, покой, доверчивость, блаженство, понимание и приятие мира и даже какая-то житейская мудрость. И прочитав это в его глазах, восхищенная мать шепчет: «Маленький, милый, родной комочек, спасибо тебе за то, что подарил своей матери эти минуты...» И если такие минуты не потеряются в дальнейшем — в суете домашних забот, а порой и страхов за его здоровье, если, поднося ребенка к груди, мать будет чувствовать, как сначала замирает, а затем часто бьется сердце от радости и переполненности счастьем, молоко будет для ребенка не только продуктом питания, а материализованной материнской нежностью.

— До сих пор задают вопрос, так ли необходимо естественное вскармливание, когда имеются вполне полноценные молочные смеси?

— Даже то, что известно о достоинствах женского молока, достаточно, чтобы усомниться в адекватности понятия «кормление» тому, что мать дарует ребенку в процессе такого общения с ним — а это и любовь, и нежность, душевное тепло и красота окружающего его мира. Общение это заряжает малыша бодростью, дарит ему уверенность, защищенность, яркость жизни, хорошее настроение, погружает в спокойный светлый сон.

Молочные смеси имитируют естественное вскармливание лишь как пищевой фактор — по количественному и качественному составу (белки, жиры, углеводы); притом что грудное молоко обладает способностью идеально всасываться в желудочно-кишечном тракте, не требует для этого энергозатрат, а значит, является наилучшей пищей для грудного ребенка. Во-вторых, грудное молоко защищает ребенка от инфекций и, обеспечивая практически всеми необходимыми ингредиентами, ферментами и иммуноглобулинами разных классов, создает профилактику аллергических заболеваний, а совсем недавно было выявлено в нем существование полиненасыщенных жирных кислот с разной длиной углеводородных цепей и ферментов (их расщепляющих), столь необходимых для формирования клеток мозга и нервных волокон, для энергетики роста и развития ребенка. Выяснилось, что при долгосрочном грудном вскармливании дети меньше подвержены в дальнейшем таким заболеваниям, как атеросклероз и гипертония.

Все сказанное ранее о необходимости подготовки к беременности, коррекции здоровья женщины и профилактики с детства целиком относится к предупреждению гипогалактии, когда грудное вскармливание длится не более 1—3 месяцев. Но важно и эмоциональное состояние перед и во время кормления. Установлено, что оно коррелирует с такими показателями здоровья, как выраженность мастита, продолжительность лактации, повышенная возбудимость ребенка, количество перенесенных ребенком ОРВИ, наличие и выраженность экссудативно-катарального диатеза к году, психомоторное



развитие ребенка к году жизни. Эмоциональное состояние отражается на количественном и качественном составе молока.

Основная масса молока попадает к ребенку благодаря рефлексу «первого глотка» (Уоллер, 1943), сопровождающемуся ощущением тянущей «полноты» в обеих грудях. Чем сильнее развит он, тем лучше опорожняется грудь и тем больше молока и более полноценного по качеству накапливается к следующему кормлению. Так вот, рефлекс этот в значительной степени выражен в зависимости от умения женщины переполняться радостью, испытывать чувство замирания сердца уже при одной лишь мысли о том, что сейчас ее маленькое чудо-чадо жадно зачмокает у груди. У кого-то это счастливый природный дар, к кому-то приходит естественно, но развит умеренно, может и проявляться не часто, а кто-то не знает этого совсем.

Во многом проявление этих чувств зависит от состояния, усталости, когда уже не до тонких эмоций. И тогда на помощь приходит семья, в первую очередь муж, который вместе с женой «вынашивал» беременность, чутко прислушиваясь к движениям будущего ребенка, когда создавался тонкий интимный контакт между родителями, ощущавшими уже тогда, что их трое и они друг другу очень нужны. Вот почему беременность лучше планировать, когда муж и жена находятся в хорошей физической и эмоциональной форме, когда есть уверенность в том, что ребенку будет уделено достаточно времени, а в заботы о нем родители погрузятся с радостью и нетерпением.

Насыщенное яркими положительными эмоциями естественное вскармливание оказывает благотворное влияние и на здоровье матери, да и на всю семью в целом. В процессе лактации, под влиянием *эндокринной системы*, происходит



Павел Филонов. *Женщина*. 1924—1925 гг. Бумага, тушь, перо, химический карандаш. 14,3×9,3

физиологическое созревание женского организма, его расцвет. Такая (эмоциональная) *лактация*, продолжительная и полноценная, значительно снижает риск злокачественных заболеваний молочной железы. У кормящей грудью женщины реже наблюдаются невротические реакции, более дружными и радостными складываются отношения в семье. Таким образом и ребенок в свою очередь благотворно влияет на здоровье матери.

К СВЕДЕНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

В 1990 году основу выпусков ежемесячника «ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ» составит ряд тем, среди которых следующие вошли в издательский план по просьбе наших читателей:

ОПОРА И ДВИЖЕНИЕ: ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕДУГОВ (выпуск II)

В выпуске будут рассмотрены болезни суставов, столь распространенные в наше время, возможности их лечения, профилактики осложнений, восстановления, даны конкретные советы и рекомендации, включая и опыт мануальной терапии.

ПИТАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ (выпуск I)

В выпуске будут даны лучшие системы лечебного и профилактического питания, в том числе и вегетарианского; рассмотрены факты, вымыслы и заблуждения в этой области оздоровления, натуропатические диеты, а также вопросы о том, как правильно пользоваться помощью микрофлоры желудочно-кишечного тракта в пищеварении и медикаментозном лечении.

МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ И БОЛЕЗНЬЮ (выпуск II)

В выпуске будет рассказано о диагностике и преодолении иммунодепрессивных состояний, о том, что такое предраковое состояние; даны соответствующие советы и рекомендации по оздоровлению, профилактике осложнений.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ (выпуск I)

В выпуске будут рассмотрены наиболее распространенные отклонения в сексуальном поведении мужчины и женщины, особенности психосексуального здоровья, нарушения детородных функций организма женщины и расстройства мочеполовой системы мужчины; даны советы и рекомендации, специальное внимание будет уделено тому, как быть с простатитом и с импотенцией у мужчины.

По-прежнему каждый из выпусков будет тематически расширен за счет материалов наших постоянных рубрик: «Возможности самоконтроля», «Лекарственные средства», «Наши рефераты», «Фенология здоровья», «Читателю на заметку», а также новых — «Будущий ребенок», «Домашнему астрологу», «Школа микромассажа», «Больному диабетом» и других.

Редакция факультета «Твое здоровье», после выхода в свет выпуска № 1/89 г. получила многочисленные письма с просьбами

самого разного возраста с заболеваниями нервной системы, психиатрической патологией и нарушениями речи

что на вопросы о том, где и как Вы можете получить такую помощь, куда и к кому обратиться

ВАМ ГОТОВЫ ОТВЕТИТЬ

специалисты медицинского кооперативного объединения «Невро-мед» при Советском детском фонде им. В. И. Ленина

Пишите по адресу: 113191, Москва, ул. Лестева, дом 7, «Невро-мед»

И. Мануилова

КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Состояние детородной (репродуктивной) системы организма женщины во многом определяет ее здоровье. В этом раньше или позже убеждается каждая женщина на собственном опыте, практически. Однако многие не представляют себе, как влияет на здоровье женщины, а следовательно, и будущее потомство ее *репродуктивное поведение*. Конечно, этот вопрос не так прост и является предметом специального изучения. В то же время сегодня многое в нем становится понятным ученым-медикам и практическим врачам.

Так, например, выявлена защитная (в отношении онкологических заболеваний) роль беременности и родов в возрасте до 25 лет. И наоборот, доказана прямая зависимость между *ранним началом (19 лет) половой жизни*, в особенности со многими партнерами, и увеличением риска заболевания раком шейки матки. Женщины, *рано прекращающие* кормление грудью либо вообще отказывающиеся от грудного вскармливания, оказываются в группе повышенного риска заболевания раком молочных желез. Выяснилось, что не должно быть ни *слишком ранних (до 19 лет)*, ни *слишком частых (с интервалом менее 2—2,5 лет)*, ни *слишком поздних (позже 35 лет)* родов

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РИСК ЗАБОЛЕВАНИЙ

Во всех случаях наступления нежелательной беременности существует повышенный риск неблагоприятного влияния ее на здоровье не только самой женщины, но и будущего ребенка. Достаточно сказать, что материн-

ская смертность в группе женщин в возрасте 40 лет и старше в 5 раз выше по сравнению с возрастной группой 20—28 лет, а у первородящих в возрасте 40 лет и старше этот показатель в 15 раз выше. Также рожденные с интервалом менее 1 года дети, по данным ВОЗ, умирают в 2 раза чаще по сравнению с рожденными с двухлетним и более интервалом.

В чем состоит опасность

Теперь все чаще приходится сталкиваться с тем, что после 35 и особенно после 40 лет беременность и роды у женщин сопровождаются такими осложнениями, как *асфиксия и травма новорожденного*, пороки развития плода. Повышается риск развития *анемии и кровотечений*, а также заболевания *диабетом* — в случае увеличения количества родов свыше 4. А повторная беременность, если она наступила во время периода лактации после предыдущей, вызывая перенапряжение клеточных механизмов обмена веществ в организме, приводит к *состоянию*

МАНУИЛОВА Ирина Александровна — доктор медицинских наук, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР, президент Советской ассоциации «Семья и здоровье» при Детском фонде им. В. И. Ленина, руководитель отделения репродукции Всесоюзного центра по охране здоровья матери и ребенка Минздрава СССР, автор многих научных и научно-популярных статей, брошюры «Планирование семьи и здоровье женщины» (1988), монографий «Гинекологическая эндокринология» (1980) и «Современные контрацептивные средства» (1983).

адаптации, в результате которой возникают различные осложнения беременности и родов. Как группу повышенного риска в отношении развития различных нарушений в репродуктивной системе — воспалительного, травматического и эндокринного характера — следует рассматривать всех женщин после прерывания беременности.

Так, искусственный аборт у женщин в возрасте 20—24 лет увеличивает частоту развития рака молочной железы в 2 раза. В истории болезни почти у половины пациенток с внематочной беременностью и у 41 % женщин с бесплодием имелся аборт, который не только вызывает воспалительные заболевания матки и ее придатков, кровотечения и травматические осложнения, но и в последующем часто является причиной бесплодия, внематочной беременности и нарушений менструального цикла. Рецидивирующие воспалительные заболевания половых органов часто приводят к доброкачественным и злокачественным опухолям молочных желез и половой системы женщины. Увеличивается и риск таких акушерских осложнений, как слабость родовой деятельности, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах, — они встречаются в 3 раза чаще.

Что касается риска невынашивания, частота самопроизвольных выкидышей во втором триместре беременности у женщин после аборта увеличивается в 8—10 раз. По данным ВОЗ, хирургический аборт приводит к увеличению невынашивания и перинатальной заболеваемости и смертности в 2—3 раза вследствие часто развивающегося последствия вмешательства — истмико-цервикальной недостаточности. Известно, что причиной и вторичного бесплодия у женщин в 60—80 % случаев является искусственный аборт. Им вызвано бесплодие или невынашивание у 60 % первородящих женщин в возрасте старше 30 лет (у каждой третьей из них имелось 6—8 беременностей).

Надо сказать, что при использовании в прерывании беременности метода вакуум-аспирации значительно реже развивается истмико-цервикальная (область перешейка между телом и шейкой матки) недостаточность. Это

происходит в основном после хирургического аборта, сопровождающегося выскабливанием полости матки. Наиболее оптимальным методом (при необходимости прерывания беременности) является консервативный аборт, позволяющий расширение шейки матки и изгнание плодного яйца с помощью вагинальных свечей с аналогами прогестерона группы F и E без инструментального вмешательства. Это эффективный метод профилактики истмико-цервикальной недостаточности, приводящей к невынашиваемости и преждевременным родам.

Как помочь женщине?

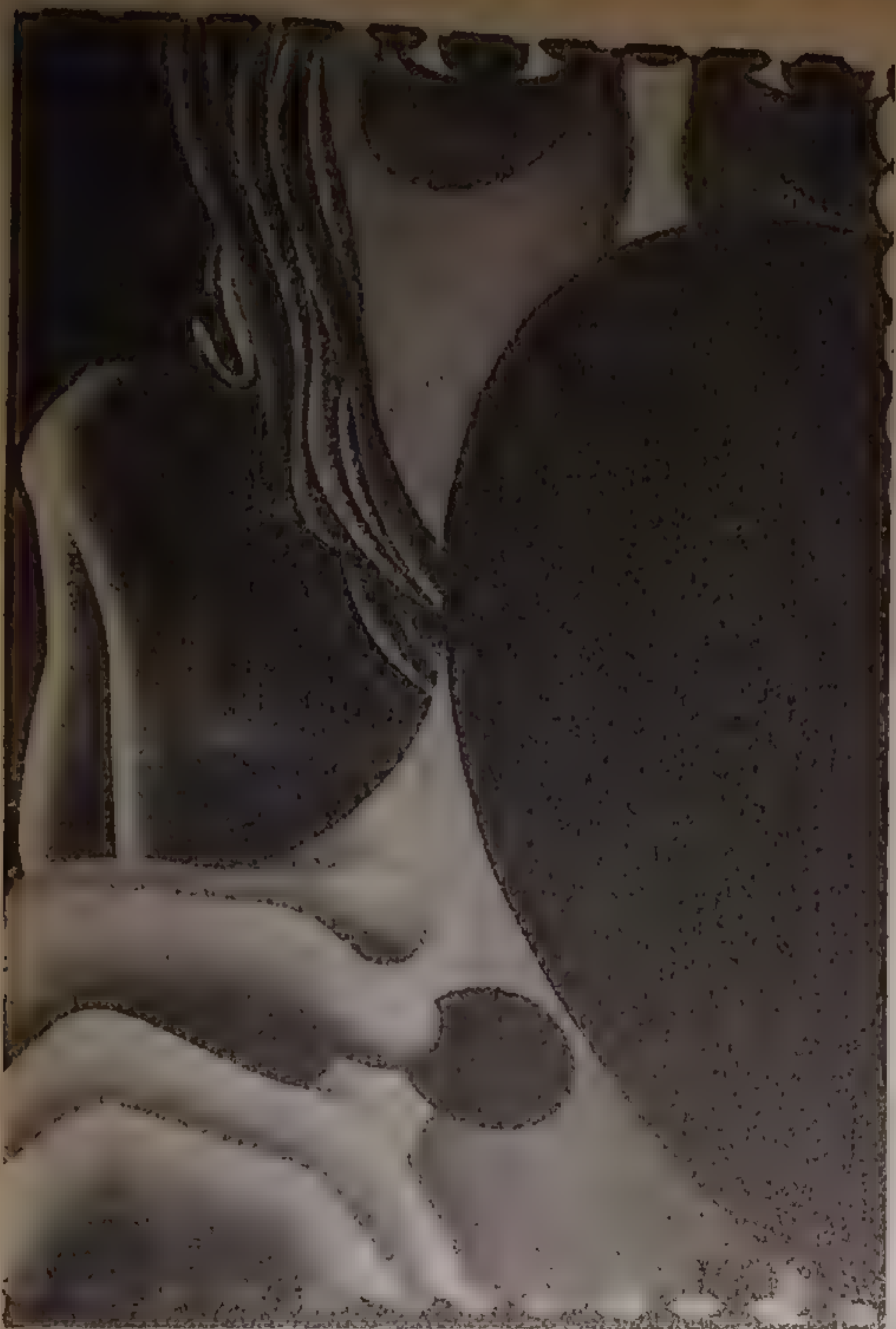
В рациональном репродуктивном поведении женщин важно своевременное выявление повышенного риска в отношении возможных осложнений при предупреждении, прерывании и сохранении беременности, сопутствующей экстрагенитальной патологии. Это дает возможность с помощью профилактических и лечебных мероприятий вовремя обеспечить сохранение здоровья женщины, способствовать рождению здорового поколения. С другой стороны, в рациональном репродуктивном поведении женщины учитываются возраст, оптимальные интервалы между родами, проводится предупреждение наступления нежелательной беременности.

Такой подход получил название «планирование семьи» в его новом толковании — не ограничения рождаемости, а контроля репродуктивной функции женщины для рождения только желанных детей, согласно определению Всемирной организации здравоохранения. Напомню, что со времени принятия Алма-Атинской декларации ВОЗ (1978) охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи, рассматривается как необходимый элемент первичной медицинской помощи для обеспечения сохранения здоровья семьи; ныне более чем в 60 странах мира служба планирования семьи объединена со службой охраны здоровья матери и ребенка.

Так, благодаря службам планирования семьи в мире ежегодно сохраняет-

ся
0,5
цел
не
ней
про
вос
дол
мат
дук
план

В
ност
спеч
тель
ров
конт
горм
щей
бла
диц
док
ским



ПЕРСПЕКТИВЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Собственно, само понятие «репродуктивное поведение» возникло благодаря научно-техническому прогрессу в области репродукции: были получены два высокоэффективных контрацептивных средства — гормональные контрацептивы и ВМС (внутриматочные контрацептивы) нового поколения. Появилась возможность значительно снизить частоту побочных реакций и осложнений при почти 100 % эффективности контрацептива.

Так, в 70-х годах созданы медикаментозные ВМС с медью — СиТ-200, с прогестероном, недавно появились гормональные препараты (в таблетках) — пероральные контрацептивы с уменьшенным содержанием эстрогенного (в 3 раза) и гестагенного (в 5—10 раз) компонентов — бисекурин, овидон, ригевидон, наконец, новый вид гормональной контрацепции — трехфазный препарат для перорального применения.

ся 5 миллионов жизней детей и 0,5 миллиона жизней женщин. С такой целью и создана недавно в нашей стране Ассоциация «Семья и брак», важнейшей задачей которой является пропаганда знаний о гигиене полового воспитания, о том, какой образ жизни должна вести женщина — будущая мать, как осуществлять свое репродуктивное поведение, и другие аспекты планирования семьи.

В этой связи речь пойдет о возможностях первичной профилактики, обеспечивающей предупреждение нежелательной беременности и охрану здоровья женщины и ребенка с помощью контрацептивных средств, в частности гормональной контрацепции, получающей ныне все большие перспективы благодаря успехам новой отрасли медицинской науки — репродуктивной эндокринологии, а также научно-техническим достижениям.

Чем располагаем сегодня

Хотя практически нет идеального противозачаточного средства, однако во подходящего всем женщинам, да еще и со 100 %-ной эффективностью, тем не менее гормональные контрацептивы при их индивидуальном подборе могут гарантированно предупреждать беременность с одновременной профилактикой осложнений. В зависимости от состава и методов применения они подразделяются на следующие виды.

Комбинированные — «классические» эстроген-гестагенные препараты, представляющие собой синтетические аналоги естественных женских половых гормонов — эстрадиола (фолликулин) и прогестерона с разным соотношением этих компонентов (1:50, 1:25, 1:20, 1:10), применяемые в течение 21 дня, начиная с 5-го дня менструального цикла.

Мини-пили (микродозы «чистых» гестагенов) с содержанием 300—500 мкг препарата в 1 таблетке.

применяемые с первого дня менструации ежедневно, в постоянном режиме.

Трехфазная контрацепция — использование 3 различных сочетаний этинилэстрадиола и гестагенов (препараты триквилар, тризистон), имитирующих естественное соотношение стероидов в различные фазы менструального цикла — фолликулиновую (6 дней), перiovуляторную (5 дней) и лютеиновую (10 дней); применяются с 5-го дня от начала цикла в течение 21 дня.

Циклические — последовательно принимаемые препараты двух типов: для первой фазы менструального цикла (в течение 10—15 дней) — таблетки I типа (этинилэстрадиол 50 мкг), а для второй фазы — таблетки II типа (в течение 10 дней) — гестагены (двухфазный препарат антэовин).

Посткоитальные препараты — большие дозы гестагенов (0,75 мкг L-норгестрела — препарат постинор) в таблетках, применяемые в первые 24—48 часов (лучше через час после полового сношения).

Пролонгированные (депонированные) препараты — длительного действия, содержащие 150 мг медроксипрогестерона капроната или 200 мг норэтистерона энантата, инъекции которых проводятся 1 раз в 3—6 месяцев.

Подкожные имплантаты — пластмассовые (силастиковые) капсулы с препаратом (мегестрол ацетат), хирургически введенные в подкожную жировую клетчатку на 5 лет, в течение которых происходит постепенное выделение в кровь микродоз гормонального контрацептива (норпланта).

Другие методы регуляции являются малоприемлемыми в силу необратимости вызываемых ими изменений, как, например, химическая или хирургическая стерилизация. Однако у женщин старше 35 лет, при наличии 2—3 детей, медицинских показаний, при невозможности использовать другие противозачаточные средства, стерилизацию можно использовать как метод контрацепции.

Трехфазный контрацептив — тризистон, это оптимальный препарат, который имитирует нормальный цикл секреции половых гормонов, который у женщины часто бывает нарушен, и в та-

ких случаях оказывает не только контрацептивный, но и лечебный эффект.

Что касается *подкожных имплантатов* (например, норплант), недостатком этого вида контрацепции может быть появление межменструальных кровянистых выделений, почему и приходится часто дополнительно назначать стероидные препараты. Это обратимый метод контрацепции, извлекать капсулу приходится хирургически. А если женщина решила забеременеть уже через полгода, отказаться от контрацептива, потому что плохо его переносит? В этих случаях капсулу норпланта надо удалить.

Испытывается метод, позволяющий блокировать действие в организме полового гормона прогестерона и тем самым предотвращать имплантацию оплодотворенной яйцеклетки, а точнее необходимое для этого состояние эндометрия в матке. С этой целью на основе антипрогестина, связывающегося с рецепторами прогестерона, созданы, например, таблетки, которые можно принимать при задержке менструации (не более 7—10 дней). Такой препарат RU-486, применяемый во Франции и в Китае, проходит у нас сейчас клинические испытания. Однако эффективен он лишь в 82% случаев применения — только 4 из 5 женщин могут обойтись без оперативного вмешательства (кровянистые выделения продолжаются 8, а иногда 11 дней).

Более оптимальная схема, которую мы сейчас разрабатываем, — сочетание этого препарата с аналогом простагландина группы E — наладора, путем однократной инъекции в дозе 3—4 раза меньшей, чем при отдельном его применении, чтобы матка начала сокращаться и наступил abortивный эффект. Но это уже не предупреждение, а прерывание беременности, хотя бы и в ранние сроки — 4 или 5 недель. Можно отметить, что наши исследования по abortивному действию контрацептивов пользуются известностью: было показа-

но, что abortивное действие аналога простагландина E и F-2 альфа заключается в направленном изменении соотношения рецепторов эстрадиола и прогестерона «в пользу» первых, благодаря чему и вызывается сокращение матки.

Разрабатываются и методы, ускоряющие продвижение оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе, чтобы нарушить синхронизацию в сроках развития из нее зиготы и эндометрия матки, необходимую для имплантации. С другой стороны, для предотвращения имплантации оплодотворенной яйцеклетки в матке, а также транспорта спермы, или оплодотворения, исследуются возможности иммунологического подхода — ведется поиск вакцин. У нас такое исследование проводят на обезьянах. Речь идет о возможности создания антиспермальной вакцины, но иммунологический подход к контрацепции требует особой осторожности.

Изучаются и природные растения, которые в народной медицине используют как средства, прерывающие беременность. Известно, что с целью контрацепции с успехом применялись сок незрелых ананасов (в Малайзии), молоко незрелых кокосовых орехов (в Мексике), масло из корней гортензии, раствор ликоподия, касторовое масло и другие. Сейчас испытываются различные растительные экстракты (отобрано 14 из 146 растений).

Экстракт из хлопкового масла (госипол), обладающий способностью подавлять сперматогенез и созревание спермы, который мужчины принимают внутрь, у каждого третьего (как показал опыт применения в Китае) вызывает ряд осложнений (мышечная слабость, анорексия, усталость, повышенная экскреция калия, снижение либидо), а у 20 % развивает необратимое бесплодие.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТАХ

Существует прямая зависимость между эффективностью противозачаточных средств и частотой побочных реакций и осложнений. Так, наиболее эффектив-

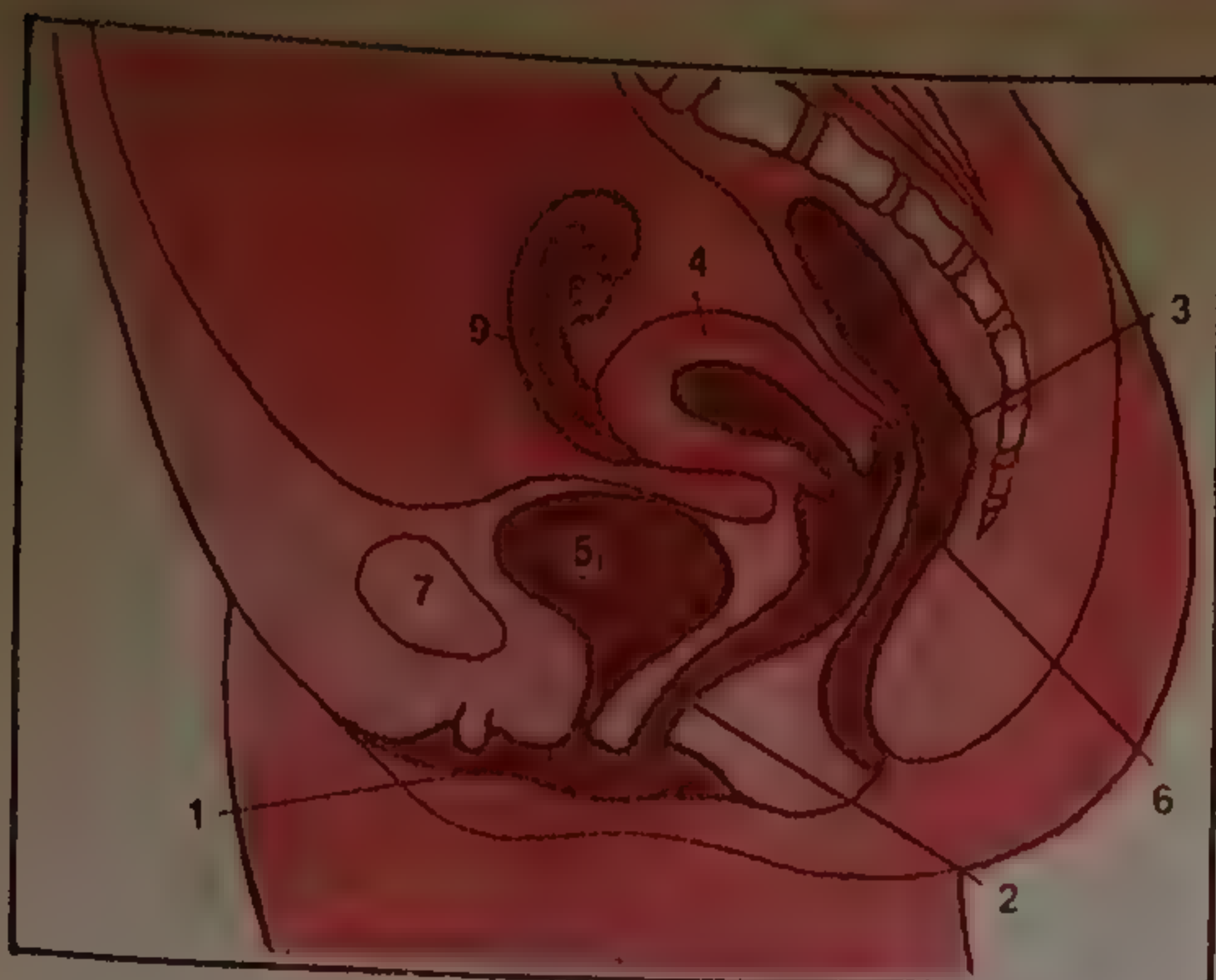


Александр Элмар. Поясной портрет. 1986 г.
Бумага, тушь, чернила. 60×40

ные методы контрацепции — гормональные контрацептивы и ВМС по сравнению с рутинными «барьерными» (презервативами, шеечными колпачками и т. д.) имеют значительно больше противопоказаний. Однако правильный выбор (индивидуальный) гормонального препарата с учетом возраста, состояния половой системы, сопутствующей экстрагенитальной патологии, гормональных особенностей организма, возможных побочных реакций и противопоказаний, наконец, желания женщины, а также знакомство ее с ранними симптомами, предшествующими появлению осложнений, может свести риск их появления до минимума.

Можно избежать осложнений

При правильном назначении гормональных контрацептивов изменения в организме, как правило, незначительны и носят преходящий характер, если тщательно взвешена польза и возможный вред назначения того или иного метода в каждом конкретном случае. Один и тот же препарат на раз-



Детородная (репродуктивная система). Половые органы: *наружные* (большая и малая половые губы — 1), *внутренние* (вагина — 2; задний свод влагалища и шейный канал матки — 3; матка — 4; яичник — 8; маточная труба — 9). Мочевой пузырь — 5. Прямая кишка — 6. Лоно — 7

ных женщин действует далеко не одинаково. Возникающие побочные реакции могут иметь различную длительность, интенсивность и время появления (ранние, поздние и отдаленные — развивающиеся после отмены препарата). Обобщенно, безотносительно к конкретному виду препарата, возможны следующие из них.

Ранние побочные реакции наблюдаются в течение *первых 3 месяцев* применения. К ним относятся тошнота, головокружение, нагрубание молочных желез, межменструальные кровянистые выделения, боли в животе, нарушения липидного и углеводного обмена. В эти же сроки *повышается риск осложнений* — *тромбофлебита и легочной эмболии*. В дальнейшем могут сопутствовать такие *клинические симптомы*, как головная боль, утомляемость, раздражительность, депрессия, склонность к задержке появления менструальноподобной реакции (после отмены препарата) или аменорея, акне, лейкорея, снижение либидо и др.

К *отдаленным осложнениям* относятся инфаркт миокарда, гипертония, желчнокаменная болезнь. Аменорея, бесплодие и алоpecia также могут появляться после отмены препарата, как и головная боль, увеличение миомы матки, гирсутизм, скудные мен-

струации, атрофические изменения в половой системе, гипертония.

Большинство осложнений связано с *неправильным, бесконтрольным, длительным* (иногда 10 лет) приемом препаратов, назначением препаратов, содержащих *неадекватно высокие дозы стероидов*, без учета индивидуальных гормональных особенностей организма и *противопоказаний* к назначению. Кроме того, могут быть осложнения, связанные с такими видами, как *пролонгированная и посткоитальная* гормональная контрацепция, которые у нас применяются значительно реже, чем *комбинированные эстроген-гестагенные* препараты.

Кто подвержен риску

При назначении гормональной контрацепции группу *повышенного риска осложнений* составляют женщины с *ожирением, мигренью, депрессией, сахарным диабетом, нефропатией в анамнезе, гипертонией, заболеваниями почек и печени, желчнокаменной болезнью, хламидозом при предшествующей беременности, эпилепсией, бронхиальной астмой, и наконец, курящие* (особенно выкуривающие *свыше 10 сигарет в день*). Прием контрацептива должен быть *прекращен при наступлении беременности* (генеративная функция обычно восстанавливается в течение *первых 6 месяцев* после прекращения приема препарата).

Абсолютно противопоказана гормональная контрацепция, если в данный момент или в анамнезе у женщины имеются *тромбоэмболические заболевания, злокачественные опухоли, поражение сосудистой системы головного мозга, гиперхолестеринемия, нарушения функции печени, цирроз, маточные кровотечения невыясненной этиологии*. Не следует назначать препараты при появлении галактореи (выделения из молочных желез типа молозива), если в анамнезе были *тяжелый токсикоз второй половины беременности, холестатическая желтуха или зуд во время беременности, при лактации* (продолжительность ее уменьшается), при приеме антибиотиков (ампициллина, тетрациклина,

гиперандрогения), пероральным женщинам с аменореей или нарушением менструального цикла по типу редких менструаций (олигоменорея).

Правильный выбор препарата

Выраженность побочных реакций обуславливается не только индивидуальными особенностями организма женщины, но и **видом и дозой синтетических половых гормонов**, входящих в контрацептив. В основном осложнения и побочные реакции могут быть связаны с **нарушением эстроген-прогестеронового баланса**, чаще они наблюдаются в первые 2 месяца приема препаратов (у 20—40 % женщин), позже отмечаются только у 5—10 %. Необходимо тщательное наблюдение — осмотр и лабораторный контроль крови не реже 1 раза в 2—3 месяца, после первого, контрольного, обследования через 4—6 недель. Женщинам после 35—40 лет лучше назначать препараты, состоящие только из «чистых» **гестагенов (мини-пили)** или тризистон.

Молодым женщинам до 20 лет при неустановившемся менструальном цикле можно назначать тризистон **прерывистыми курсами** (по 3 месяца, затем отдых — 2 месяца) в сочетании с витаминами (особенно B₆) для регуляции менструального цикла.

В отличие от «классических» — **комбинированных**, — трехфазные контрацептивы не вызывают и практически не оказывают неблагоприятных влияний на систему гемостаза, что позволяет рекомендовать их женщинам и старше 35 лет.

Клиническое изучение показало, что не имелось выраженных побочных реакций и серьезных осложнений при 100 %-ной эффективности **трехфазного контрацептива**. Гормональные изменения уровня эстрадиола и прогестерона оказались аналогичны тем, которые наблюдаются при нормальном менструальном цикле. Достоинством является **снижение дозы компонентов** — эстрогенного (**этинилэстрадиола**) и входящего в состав препарата **левоноргестрела**, оказывающего действие на яичник.

Нарушения гормонального баланса (побочные реакции при приеме ОК)

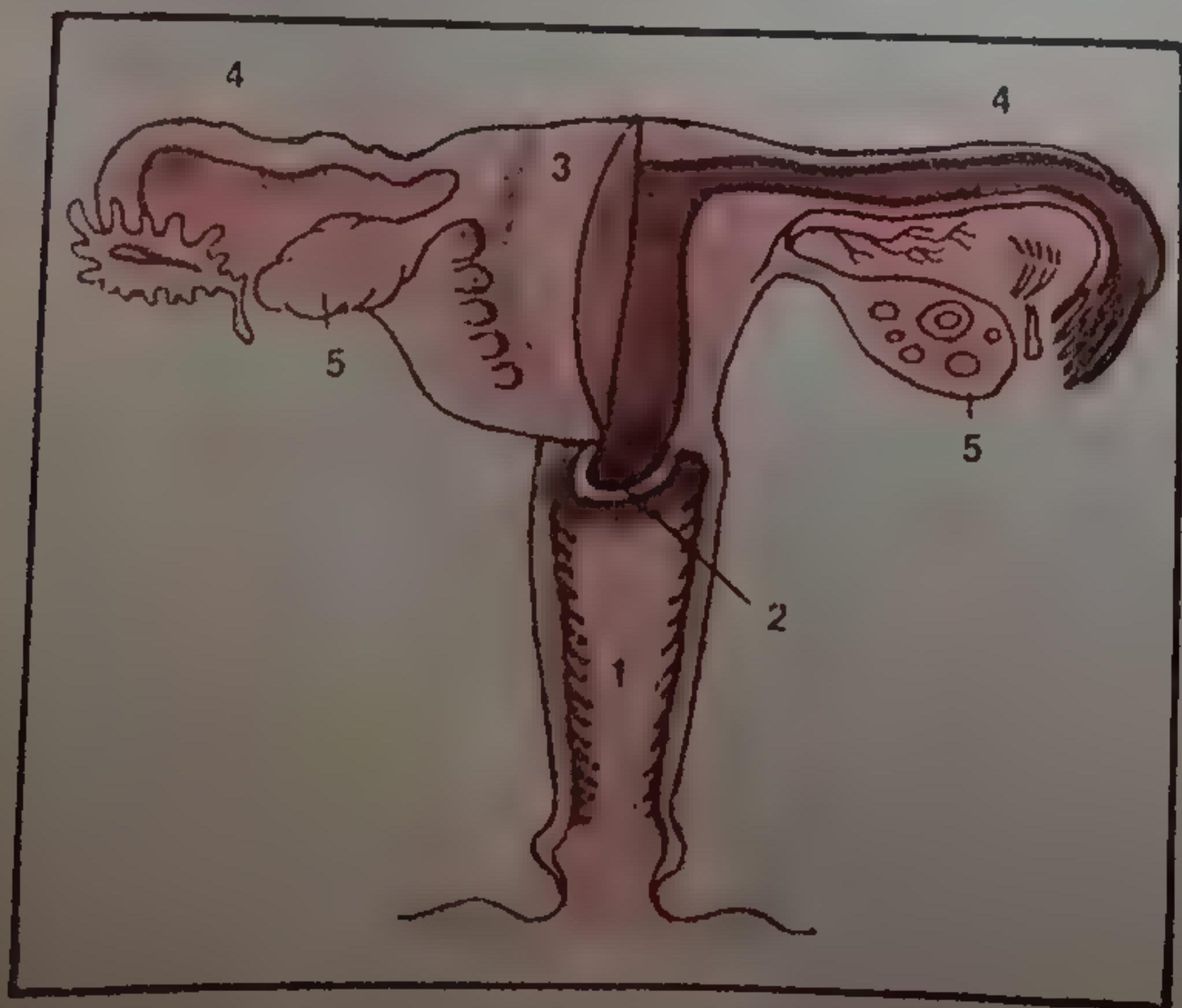
Избыток эстрогена	Недостаток эстрогена
Головная боль Гипертония Тошнота, рвота Головокружение Нагрубание молочных желез Тромбофлебит Лейкорей Хлоазма Судороги ног Вздутие живота	Раздражительность Нервозность Приливы Межменструальные кровянистые выделения в начале и середине цикла Скудные менструации Отсутствие менструальной реакции Снижение либидо Уменьшение в размерах молочных желез Сухость вагины Головная боль Депрессия
Избыток гестагена	Недостаток гестагена
Увеличение массы тела Повышенная утомляемость Депрессия Снижение либидо Акинез Облысение Холестатическая желтуха Головная боль между приемом ОК Скудные менструации Приливы Сыпь	Межменструальные кровянистые выделения в конце цикла Обильные менструации со сгустками Задержка менструальноподобной реакции после приема ОК

И все же необходимо знать каждой женщине, принимающей препараты, что при появлении таких симптомов, как сильная головная боль, нарушение зрения, боли в груди или ногах, одышка, надо прекратить прием и срочно обратиться к врачу. А при появлении межменструальных кровянистых выделений, если соблюдать время приема препарата, то после 2—3 месяцев они обычно прекращаются.

С прекращением приема гормонального контрацептива отмечается эффект «отражения» — повышенный выброс гонадотропинов, вследствие которого увеличивается возможность наступления беременности. Поэтому в этот период следует рекомендовать для предупреждения нежелательной беременности какой-либо другой вид контрацепции. Следует прекратить прием гормонального контрацептива, если предстоит какое-либо хирургическое вмешательство (за 6 недель), а возобновить не ранее 4 недель после операции.

ЛЕЧАТ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

В кольцевой системе «гипоталамус — гипофиз — яичники» осуществляется гормональная регуляция репродуктивной (детородной) функции женского организма. Воздействие гормональных



Внутренние половые органы женщины: влагалище — 1; шейный канал матки — 2; матка — 3; маточная труба (яйцевод) — 4; яичник — 5

контрацептивов (эстроген-гестагенных препаратов) на отдельные звенья этой системы неоднозначно и может варьироваться в зависимости от дозы и вида препаратов, длительности приема, исходного состояния центральных (гипоталамус, гипофиз) и периферических (яичники, матка) звеньев. Вот почему и клиническая картина при применении этих препаратов различна.

Дело в том, что действие синтетических прогестинов на центральное звено репродуктивной системы выражается в снижении секреции гонадотропинов, и тем самым в подавлении овуляции, что и используется с целью контрацепции. А действие прогестинов на периферические звенья, выражающееся в атрофии эндометрия матки и децидуальной трансформации, а также в некрозе гиперплазированной железистой ткани органов половой системы, используют для лечебных целей — при дисфункциональных кровотечениях, раке эндометрия, эндометриозе и дисгормональных гиперплазиях молочных желез.

Рибаунд-эффект («отражение»), появляющийся в результате отмены принимаемого комбинированного препарата, способен оказать лечебное действие при бесплодии, обусловленном гормонально-неполноценной лютеиновой фазой менструального цикла или ановуляцией. Таким образом, гормональные контрацептивы обладают и лечебными свойствами, которые могут проявлять и отдельные препараты, и их сочетание.

Что известно о лечебных эффектах

Надо сказать, что настороженное отношение к гормональной контрацепции сложилось у нас в свое время только потому, что препараты первого поколения, содержавшие большие дозы эстрогенного компонента, вызывали сгущение крови, различные тромбозы, а о многих других осложнениях сообщалось без указания на вид гормональной контрацепции. Теперь же, когда препараты стали более физиологичными, в полной мере их лечебный эффект также должен стать достоянием врачебной практики.

Известно, что применение комбинированных контрацептивов снижает частоту доброкачественных заболеваний яичников, развития анемии, ревматоидного артрита. При эндометриозе, дисфункциональных маточных кровотечениях и фиброзно-кистозной мастопатии (при исключении фиброаденомы) комбинированные эстроген-гестагенные препараты оказывают выраженный лечебный эффект (вызывают десидуальный некроз гиперплазированного эпителия), что позволяет избавить десятки тысяч женщин от оперативных вмешательств. Применение этих препаратов прерывистыми курсами дало возможность не только излечить такие заболевания, но и восстановить способность к деторождению у каждой 3—4-й больной.

Более того, длительный прием комбинированных препаратов предотвращает развитие фиброзно-кистозной мастопатии (в 60 % случаев), причем более высокая доза гестагенов уменьшает частоту оперативных вмешательств на молочных железах в 4 раза. Не найдено каких-либо доказательств увеличения частоты рака молочных желез, рака матки и шейки матки у женщин, принимающих препараты, наоборот, обнаружен защитный эффект гормональных контрацептивов в отношении развития всех форм гормонозависимого рака и ряда экстрагенитальных заболеваний, они оказывают выраженное лечебное действие при альгодисменорее, овуляторных болях в середине менструального цикла, при болезненных менструациях и воспалительных заболеваниях гениталий.

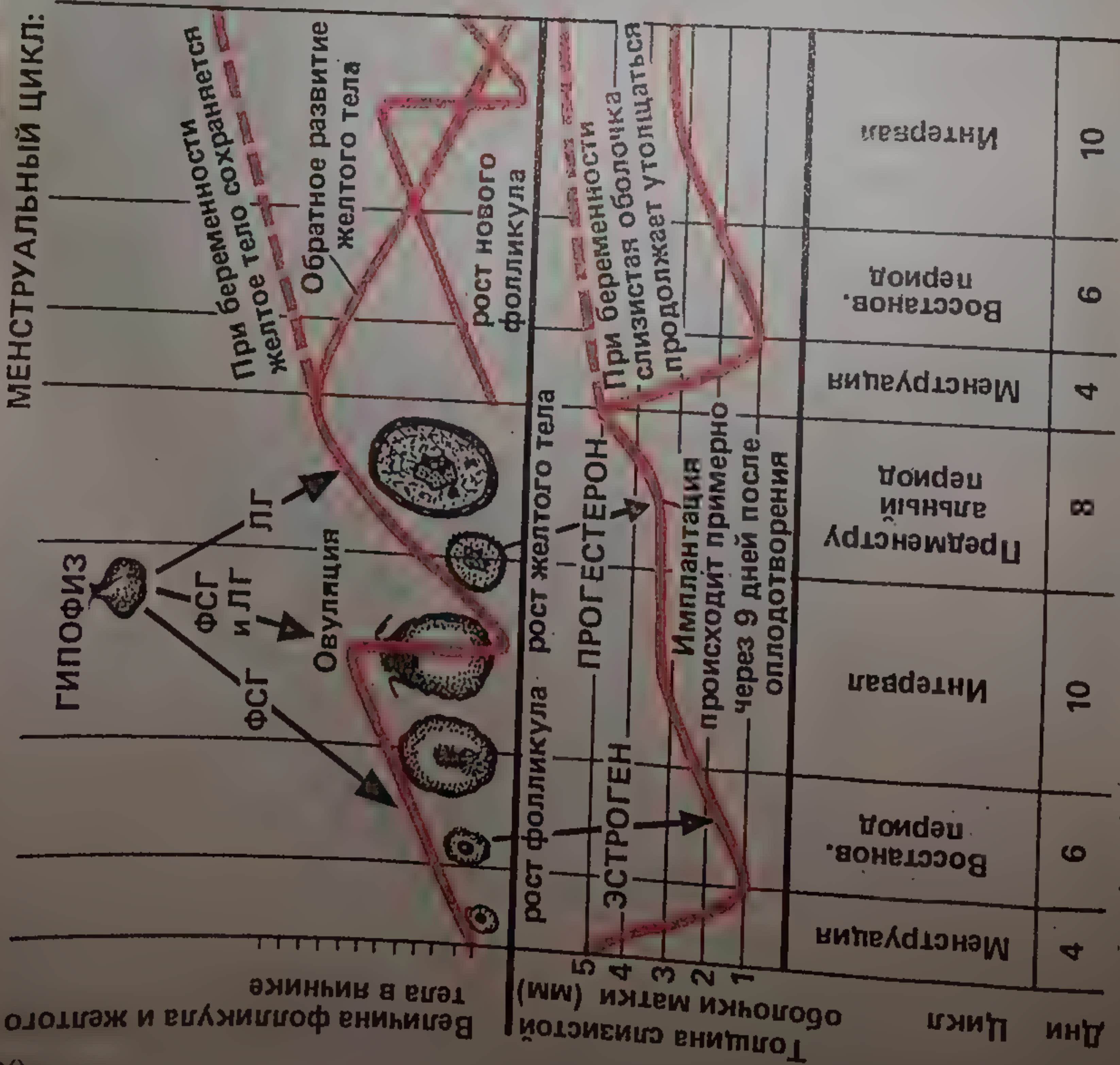
При скрытой (латентной) форме сахарного диабета прием гормональных контрацептивов отнюдь не ухудшает течения основного заболевания, если контролировать уровень сахара в крови (применение «чистых» гестагенов в дозе 500 мкг не оказывает неблагоприятного влияния на углеводный обмен). Но вот при длительном применении с повышением уровня триглицеридов в крови возможно проявление гипертензивного и диабетического эффектов, развитие атеросклероза. Поэтому, если увеличивается масса тела (в результате задержки жидкости или повышения аппетита), назначение бисекурина обыч-

но дает хорошие результаты, а при появлении гипертонии от комбинированных препаратов рекомендуется тризистон или «чистые» гестагены (минипили), не вызывающие повышение артериального давления. Препарат с низкой андрогенной активностью (бисекурин) оказывает лечебное действие при склонности к повышенной жирности волос, акне (угрям).

С лечебной целью рекомендуется прием гормональных контрацептивов при различных прогестерондефицитных состояниях: при недостатке секреции прогестерона во второй (лютеиновой) фазе менструального цикла, для профилактики развития полипоза и других гиперпластических процессов в матке и молочных железах, а также при предменструальном синдроме. Малые дозы имеют лечебный эффект при климактерическом синдроме. «Чистые» гестагены широко применяются для лечения угрозы прерывания беременности.

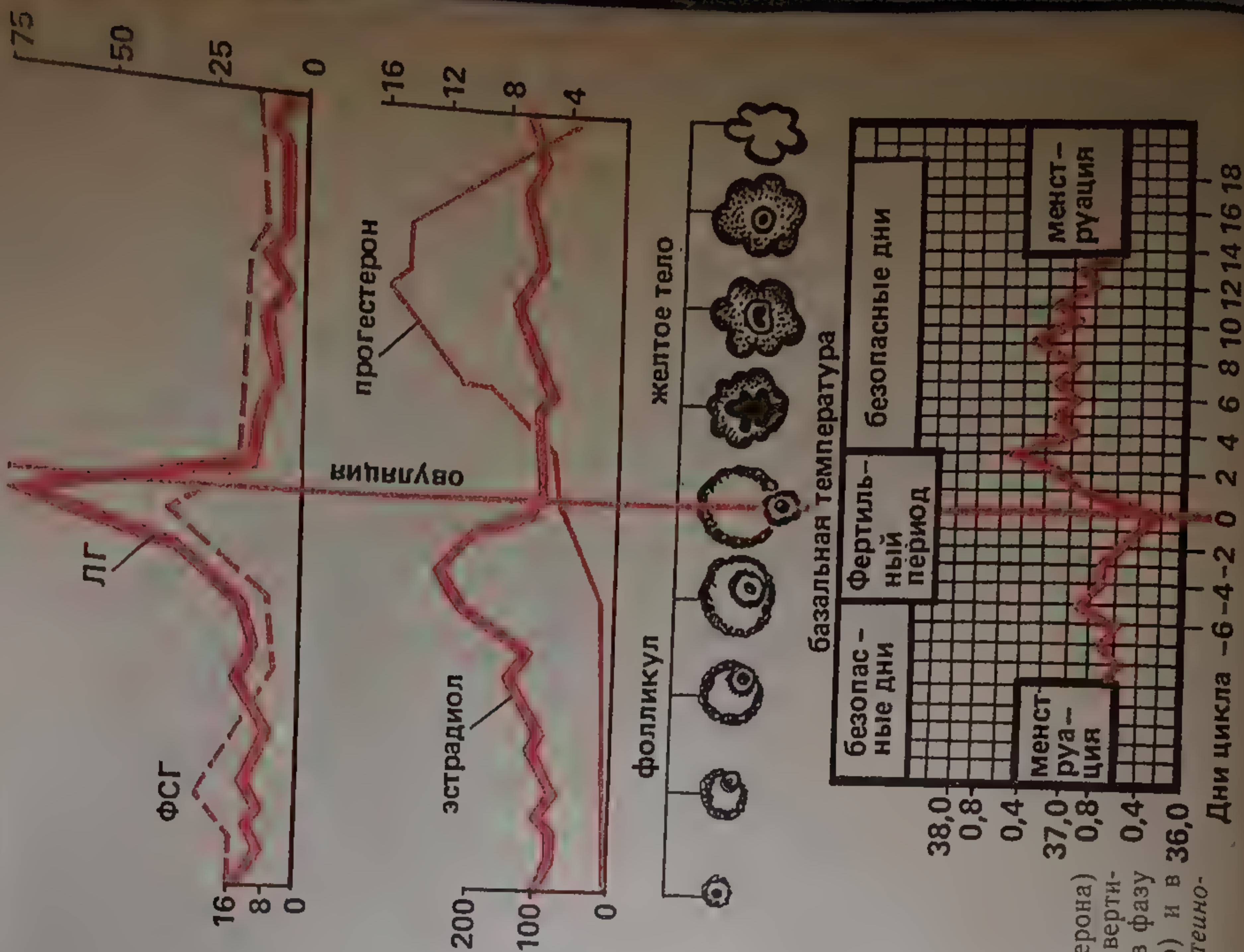
Здоровье женщины в фертильный (репродуктивный) период жизни (с 15 до 49 лет), связанный с ежемесячной цикличностью в гормональной регуляции функции яичников, так или иначе зависит от нарушений баланса в секреции половых стероидов.

Созревание фолликула, происходящее в первые 2 недели от начала менструации, сопровождается постепенно увеличивающейся секрецией эстрогенов, пик которой (представлен на иллюстрации) достигается к моменту разрыва фолликула и выхода яйцеклетки (овуляция, которая возникает под влиянием пика секреции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов гипофиза в середине менструального цикла). Под влиянием эстрогенов происходит разрастание (пролиферация) эпителия молочных желез и эндометрия в матке, повышается



На графике (слева): нормальный цикл (сплошная линия) и начало беременности (пунктирная линия), регуляция цикла гормонами гипофиза и яичника (стрелки). Справа: ежедневные изменения ректальной температуры и уровня гормонов гипофиза (ФСГ — фолликулостимулирующего и ЛГ — лютеинизирующего) и яичника (эстрогена — эстрадиола и гестагена — прогестерона) во время фазы овуляции (цветная вертикальная линия), до и после нее, т. е. в фазу развития фолликула (фолликулярную) и в фазу развития желтого тела — лютеиновую (прогестероновую).

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ: гормональная регуляция



21

1—2 раза в день) для нормализации секреции эндогенного ЛГ (лютеинизирующего гормона).

Защитный эффект прогестерона (и препарата — синтетического гестагена) объясняется его способностью вызывать секреторные изменения в матке и молочной железе и тем самым останавливать развитие пролиферативных процессов, ведущее к гиперплазии. Курсы лечения гестагенами (заместительная терапия) — эффективная профилактика роста гормональнозависимых опухолей.

Здесь хотелось заметить, что в отношении такой доброкачественной опухоли, как миома матки, хотя происходит она не из железистой ткани (на которую действуют синтетические прогестины), а из мышечной, существует возможность вызвать гормонально ее обратное развитие в результате наступления аменореи (прекращения деятельности яичников) при воздействии препарата типа *инфекундина* — по 1 таблетке в течение 21 дня по обычной схеме, в течение 3 месяцев.

Конечно, речь идет о женщине после 45 лет (хотя климакс у таких пациенток может быть поздним), и если миома небольшая — не более 10—11 недель. При этом важно помнить, что бывают миомы, которые вообще нельзя лечить и может потребоваться экстренное удаление. В принципе миома является противопоказанием для применения гормональной контрацепции, но для профилактики дальнейшего роста, если нет других противопоказаний, можно назначать гестагены (норколут за 10 дней до ожидаемой менструации в течение 8 дней, по 5 мг).

Также и фиброзно-кистозная мастопатия часто наблюдается при неполноценной лютеиновой фазе цикла. Лечение при отсутствии показаний к операции проводится комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (ановлар, ноновлон) или чистыми гестагенами (норколут) во вторую фазу цикла (10 дней), парлоделом (по 5,0—7,5 мг ежедневно в течение 3 месяцев). Надо сказать, что парлодел увеличивает секрецию прогестерона у женщин, страдающих неполноценностью лютеиновой фазы, давая объективное

улучшение у 70—80 % больных, препарат этот повышает эффективность лечения рака молочной железы медроксипрогестеронацетатом.

Во всех случаях требуется комплексное лечение. Лечение комбинированными гормональными препаратами женщин в возрасте старше 40 лет следует проводить под контролем свертываемости крови, показателей протромбинового индекса, при отсутствии противопоказаний (варикозное расширение вен, посттромбофлебитический синдром), при этом назначают эскузан, трентал, малые дозы аспирина (по 0,3 г 1 раз в 3 дня), витамин B₆.

Как быть с климаксом?

Климактерический период заканчивается полным прекращением менструации — *менопаузой*. Это *переходный период* в жизни женщины, когда в течение нескольких месяцев исчезает секреция прогестерона, наблюдаются длительные — иногда 1,5—2 месяца — действия эстрогенов, замедленное созревание фолликула, но вот *овуляции* и образования *желтого тела* уже не происходит. У большинства женщин после 40—45 лет опухоли носят гормональнозависимый характер, а это означает, как правило, прогестерондефицитное состояние. Более того, выяснилось, что частота рака тела матки среди женщин, использовавших длительно эстрогенные препараты по поводу приливов, повысилась в 1,7—20 раз. А вот добавление гестагенов к назначаемым эстрогенным препаратам позволило (в период 1975—1979 годов) снизить частоту рака тела матки с 248,1:100 000 до 164,2:100 000 пациентов.

Надо сказать, что климактерический период переживает каждая женщина, но не у каждой из них развивается климактерический синдром, когда появляются выраженные вегетативно-сосудистые расстройства — приливы, головные боли, головокружения, сердцебиения, ознобы, боли в сердце, потливость и другие симптомы, а также нервно-психические нарушения (раздражительность, бессонница, астенизация, депрессия, слабость памяти и др.).

Общие
результаты
наблюдений
показывают
из них
ский
дает
статус
ми (в
была
раста)
Выя
сле по
ников
страда
рирова
женщи
развит
лись
улучш
тельно
дальне
чувств
рации
показа
роэндо
тех, у
ствова
системе
ционно
зарно-н
не поз
необход
ку.
Это
климак
лечить
укрепля
витами
ков, тр
щины,
ровьем,
занима
плаван
страда
мом. И
общеук
людае
ционно

Общепринято, что синдром наступает в результате недостатка эстрогенов, что наблюдается у всех женщин. Но, спрашивается, почему только у половины из них развивается климактерический синдром? Ответ, на мой взгляд, дает исследование нейроэндокринного статуса женщин с удаленными яичниками (в ряде заболеваний, когда операция была показана у женщин молодого возраста).

Выяснилось, что уже к концу года после полного исключения функции яичников посткастрационным синдромом страдает только каждая четвертая оперированная. У 3 из 4 оперированных женщин наблюдалось как бы обратное развитие синдрома: приливы становились короче, реже, общее состояние улучшалось, уменьшались раздражительность, слабость, бессонница. В дальнейшем половина оперированных чувствовала себя так, как будто и операции никакой не было. Исследования показали, что посткастрационный нейроэндокринный синдром развивался у тех, у кого еще до операции отсутствовал гомеостаз в гормональной системе — на фоне ослабления адаптационной реакции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что и не позволило организму осуществить необходимую гормональную перестройку.

Это является хорошей моделью климактерического синдрома, и поэтому лечить его следует прежде всего общеукрепляющей терапией, назначением витаминов С, В, В₆, РР, нейролептиков, транквилизаторов. Недаром женщины, которые занимаются своим здоровьем, ведут здоровый образ жизни, занимаются физкультурой (в частности, плаванием, играми, гимнастикой), не страдают климактерическим синдромом. И наоборот, отсутствие эффекта общеукрепляющей терапии обычно наблюдается, как и в случае посткастрационного синдрома, при истощении ко-

ры надпочечников, связанном с хроническими заболеваниями, стрессовыми состояниями.

Вот почему принципы лечения климактерического синдрома сходны с терапией синдрома посткастрационного. Обычно эффект достигается после приема небольших доз комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (ноновлон или бисекурин по 0,5 таблетки ежедневно в течение 5—7 дней, а затем поддерживающая доза по 0,25 таблетки еще 2 недели) с последующим перерывом в течение 2—6 недель (в зависимости от состояния больной). Курс повторяют при возобновлении симптомов также с соблюдением профилактики (общеукрепляющая, витамины, аспирин по 0,25 таблетки в течение недели, клюква, лимоны, питание, способствующее снижению свертываемости крови) и под врачебным контролем. Ведь существует и группа риска среди больных, которым нельзя назначать препараты половых гормонов, о которых уже было сказано.

Надо учитывать и то обстоятельство, что эстрон в период после менопаузы образуется не из яичников, а в результате секреции корой надпочечников, которая увеличивается в 1,5 раза, несмотря на возрастное снижение ее функций. А такие факторы, как голодание, ожирение, болезни печени, гипертиреоз, только увеличивают продукцию эстрона, которая зависит и от различных соматических заболеваний. В результате недостатка эстрона могут развиваться остеопороз и атрофический сенильный кольпит.

Важно активно заняться оздоровлением своего образа жизни, чтобы не стать окончательно больным, восстановить свою работоспособность. Заместительная терапия — это не первый, а последний шаг в попытке врача адаптировать организм больного к климактерической перестройке.

СОВЕТУЕТ ПСИХОТЕРАПЕВТ

Рассказывает врач-сексопатолог и психотерапевт, кандидат медицинских наук Макарь Яковлевич **БОНДАРЧИК**.

ЕЩЕ РАЗ О СУПРУЖЕСКОЙ ГАРМОНИИ

Недуги женской половой сферы появляются обычно в возрасте после 40 лет, и если до заболевания семейная жизнь протекала при хорошем взаимопонимании, болезнь становится причиной супружеского конфликта. В этом отношении справедливо и сегодня высказанное столетие назад мнение австрийского психиатра А. Фореля: «Если мы имеем дело с любовью, не лишенной благородства, одухотворенной взаимным пониманием и почитанием, то время, наоборот, действует укрепляюще на такую любовь, и медовый месяц серебряной свадьбы по своему внутреннему содержанию и осознанию счастья гораздо интереснее, чем первый медовый месяц».

В таком случае болезнь не может служить причиной семейного конфликта, она лишь мобилизует обоих супругов на преодоление этого недуга. В любом возрасте, когда брак между супругами основан на благородном чувстве любви и взаимного уважения, скрывать от мужа состояние своего здоровья нет необходимости. И все же, если вопрос о том, посвящать ли супруга в свои женские болезни, не возникает, это не значит, что и в предупреждении конфликтов с ним при женских заболеваниях нет необходимости. Чтобы избежать их, важно знать обоим супругам следующее.

Женские болезни, как и любые другие заболевания, вызывают личностную психологическую реакцию у больных. И такие реакции могут иметь болезненный характер — в нервно-психической сфере у страдающей женским заболеванием супруги. Вот это психологическое осознание болезни — внутренняя ее картина в психике больной — не всегда учитывается врачами-интер-

нистами, о ней часто и не ведают супруг. Известно, что личностные реакции больных на свое реально существующее заболевание зависят от их нервно-психического склада. Конечно, они могут быть адекватными, но если нет, то следует учитывать чаще всего следующие черты.

Депрессивный вариант: угнетенное, подавленное настроение, апатия, безнадёжность, пессимизм, неверие в возможность благоприятного течения заболевания, оценка в мрачных тонах своего состояния в настоящем и в перспективе. У таких женщин имеются и внешние проявления депрессии: мимика выражает печаль, речь и движения замедлены, голос тихий. Больная не может удержать слез при разговоре на волнующие темы (о ее здоровье, семье и т. п.).

Тревожный вариант: женщина испытывает внутреннюю напряженность, предчувствие надвигающейся беды, раздражительность, беспокойство, волнение, опасение за исход впервые выявленного заболевания, тревогу за благополучие семьи и т. п. При этом нарушается сон, который становится поверхностным, беспокойным, с кошмарными сновидениями; обычно и прежде всего затруднено засыпание. Внешне отмечаются беспокойство больной, ее суетливость, озабоченное, тревожное лицо, «бегающие глаза», частое мигание век, бесцельные движения рук, повышенная потливость, учащенное сердцебиение.

Ипохондрический вариант: неоправданное беспокойство о состоянии своего здоровья. Множество жалоб на различные ощущения и боли внизу живота, в груди и других частях тела. Постоянная и явная переоценка тяжести своего состояния в целом или значения наблюдаемых отдельных в нем изменений. Явное несоответствие между количеством жалоб и незначительностью объективных изменений, констатируемых специалистом-гинекологом или терапевтом. Чрезмерная фиксация внимания на состоянии своего здоровья. Женщина часто обращается за консультациями к разным специалистам, не доверяя своему лечащему врачу.

Исте
увелич
заболе
считае
театра
о себе
гируе
незнач
нии та
своим

Эти
лезнь
стольк
тернис
ской п
дей и
чаях д
тельны
сти ра
отноше
титься
мощью
профил
неколо

Возм
ского
вариан
наруше
ванием



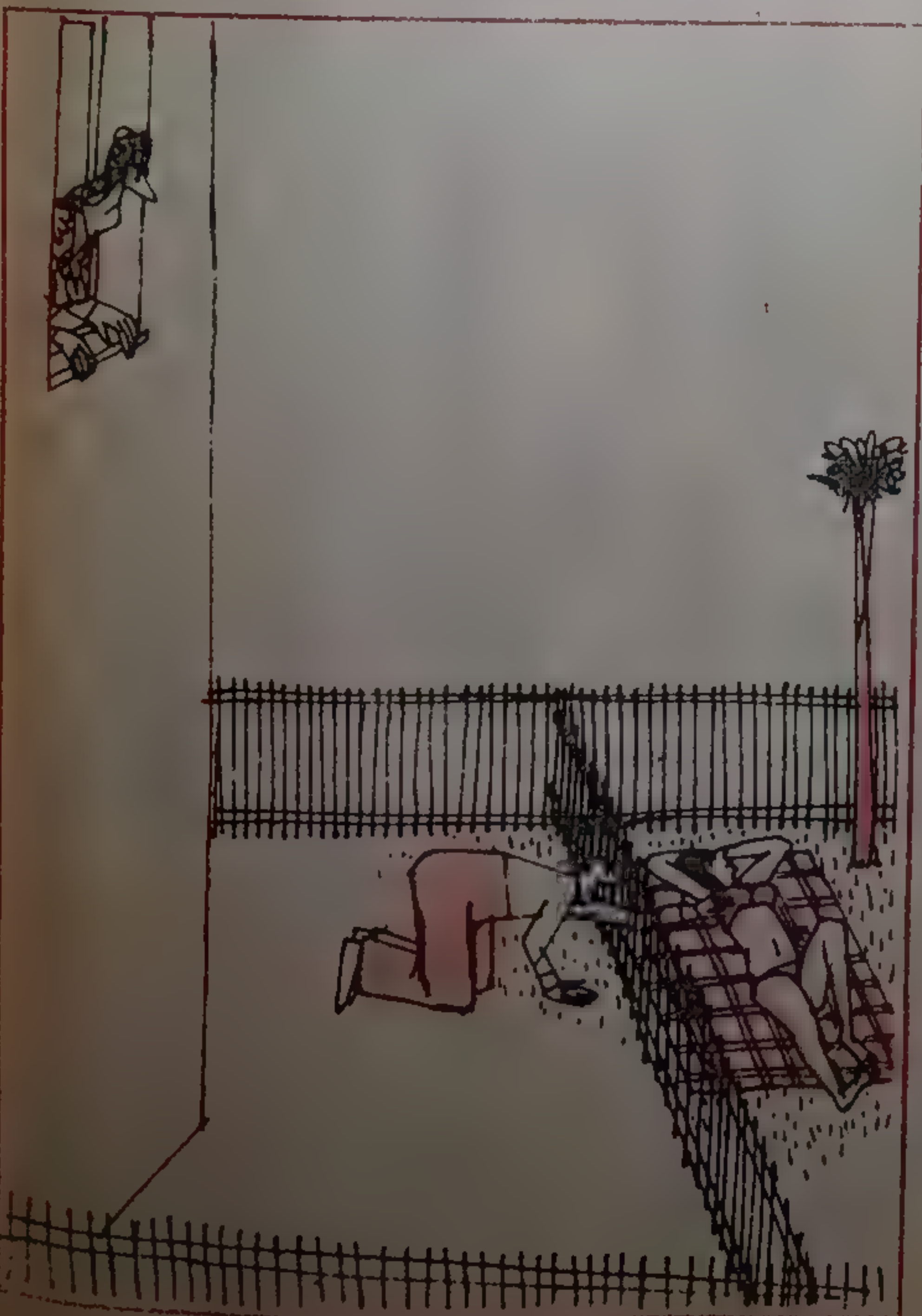
Истерический вариант: больная преувеличивает тяжесть своего состояния, заболевание у нее «особенное», она считает себя «мученицей». Женщина театрально и трагично требует заботы о себе от родных, мужа, болезненно реагирует на их «невнимание». Даже при незначительно выраженном заболевании такие больные целиком поглощены своим болезненным состоянием.

Эти варианты реакции на свою болезнь могут переплетаться и требуют не столько вмешательства специалиста-истерниста, сколько психотерапевтической помощи. Отношение близких людей и прежде всего мужа в таких случаях должно быть терпеливым, внимательным, заботливым. При безуспешности рассудительного и внимательного отношения к жене необходимо обратиться за психотерапевтической помощью к врачам психоневрологического профиля, наряду с наблюдением у гинеколога.

Возможен у больных гинекологического профиля и противоположный вариант — преуменьшения имеющихся нарушений, как правило, с игнорированием рекомендаций врача-гинеколо-

га. Однако этот вариант личностных реакций у больных гинекологического профиля встречается редко.

Что касается общего состояния здоровья женщины, то признаки различных заболеваний внутренних органов почти ничем не отличаются от таковых у больных мужского пола. Да и заболевания женской половой сферы не требуют особых тестов: знание нормальной функции полового аппарата позволяет быстро отметить изменения в этой сфере и своевременно обратиться к врачу-гинекологу. Сюда относятся такие изменения, как нарушение менструального цикла, продолжительности менструаций, скудность или обильность кровопотерь во время менструаций, появление выделений (так называемых белей), нарушение мочеиспускания (учащение или болезненность при мочеиспускании), появление ранее не отмечавшихся ощущений в низу живота, чувство распирания и т. п. Осуществляемый самоконтроль за своим организмом должен быть спокойным, без лишней тревоги и психологического анализа ощущений. Они должны оцениваться врачом-гинекологом.



ВЗГЛЯД НА ЛИЦО ЧЕЛОВЕКА: ВЧЕРА — СЕГОДНЯ

В нашей постоянной рубрике «Фенология здоровья», в серии публикаций из номера в номер

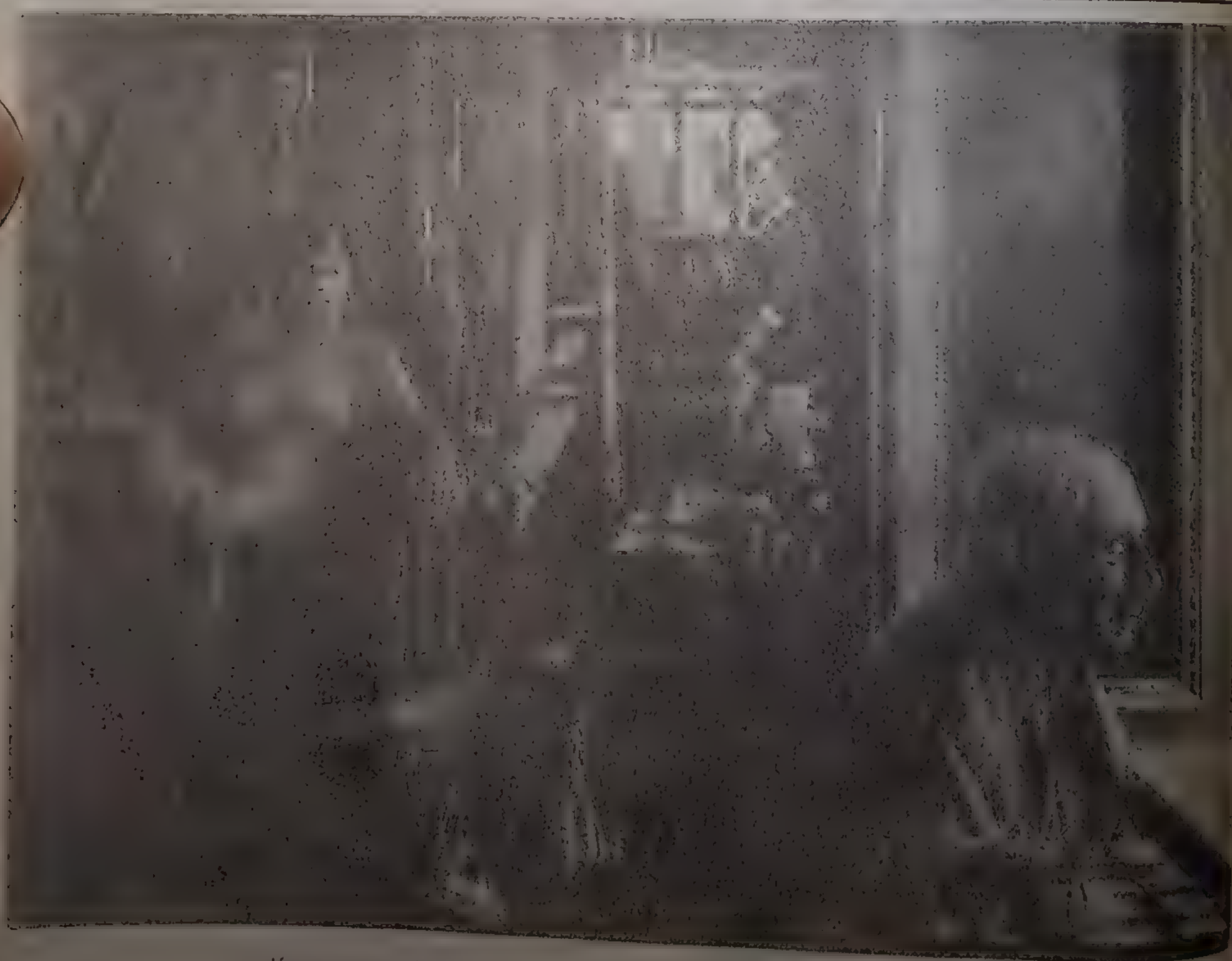
в 1990 году будет

рассказано о том, как овладеть лечебным массажем лица и точечной акупунктурой (включая область ушной раковины), мимикой лица в психотерапевтических целях.

Лицо — «зеркало души» человека, гласит народная мудрость. Читатель познакомится

с опытом наблюдений физиогномистов, распознававших состояние здоровья и психики по внешнему облику,

и с сегодняшним взглядом на особенности черт лица, мимики больных и здоровых людей, наконец, со столь популярной ныне иридодиагностикой.



Константин Худяков, Частная жизнь, 1983 г. Орг. м. 100×150

ОТВЕ

Пос
издан
тура
получи
многие
во вс
«Инти

редакт
в оди
темати
что де
на фан

Межд
письма
интимн
оду п
Нас сп
близост
надо з
зон.

Пред
отрыво
логия и
ских на
исследо
ровья
Юрия
в подп
ства «З
1990 го
ется вы
продол
в сексу

О ГАР
В ИНТ

Одно
сексоло
все то,
партнер
не столь
вого взг
но» озна
А с др
диапазо
ров.

Напр
но-генит
половых
жают д
многими
ность, в
ласк — н
ных к
также м
сексопат
муляции

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

После выхода в свет № 6 выпуска нашего издания за прошлый год («Гигиена и культура супружеской жизни», 1988) редакция получила более тысячи писем, в которых многие просят переиздать его полностью, во всяком случае статью А. Логинова «Интимная жизнь в браке». Сообщаем, что редакция планирует включить эту статью в один из наших выпусков, расширенных тематически, в следующем, 1990 году. Так что дело лишь в своевременной подписке на факультет «Твое здоровье» на 1990 год!

Между тем наши новые подписчики в своих письмах, касаясь вопросов сексологии, гармонии интимной жизни в браке, просят дать и в этом году практические рекомендации специалистов. Нас спрашивают, какие ласки и позы интимной близости приемлемы, физиологичны, этичны, что надо знать об оргазме, стимуляции эrogenных зон.

Предлагаем публикуемый в изложении отрывок из брошюры «Физиология и патология интимной жизни» кандидата медицинских наук, сотрудника Всесоюзного научно-исследовательского центра по охране здоровья матери и ребенка Минздрава СССР Юрия Петровича Прокопенко, вышедшей в подписной серии «Медицина» издательства «Знание» (№ 7, 1989). В следующем, 1990 году, в серии «Медицина» предполагается выпустить брошюру, в которой будет продолжен разговор о норме и патологии в сексуальной жизни мужчины и женщины.

О ГАРМОНИИ В ИНТИМНОЙ БЛИЗОСТИ

Одно из основных правил современной сексологии: в интимной близости дозволено все то, что доставляет удовольствие обоим партнерам. Но пользоваться этим правилом не столь просто, как может показаться с первого взгляда. С одной стороны, «все дозволено» означает, что нет извращений, разврата. А с другой — все это должно входить в диапазон приемлемости для обоих партнеров.

Например, вопрос о допустимости орально-генитальных контактов (то есть ласках половых органов ртом) до сих пор продолжает довольно интенсивно обсуждаться многими людьми. Моральность, гигиеничность, возможность и желаемость таких ласк — круг множества вопросов, обращенных к сексопатологу. Отношение врачей также менялось с течением времени. Часть сексопатологов провозгласила этот вид стимуляции вторичным сексуальным рефлексом,

присущим только человеку. Однако выяснилось, что и у многих видов животных он входит в брачный ритуал.

Так как же решить этот вопрос?

Очень просто — с точки зрения диапазона приемлемости. Если и мужчине и женщине обоим приятно, то не может быть никаких запретов. Решается лишь вопрос о гигиеничности орально-генитального контакта. Французы говорят: «К началу сношения половые органы должны быть чище, чем шея, а шею нужно мыть каждый день». Кстати, в норме на гениталиях меньше микробов, чем в здоровой полости рта. Надо ли говорить о необходимости гигиены рта, здорового состояния зубов, десен?

Контакт может быть односторонним или обоюдным (и одновременным). В последнем случае партнеры могут занимать позу на боку, лицом к гениталиям друг друга; либо мужчина лежит на спине, подложив под затылок высокую подушку, а женщина стоит над ним на четвереньках.

Как выясняется, мужчины чаще прибегают к ласке ртом (кунилингу) из любопытства и желания доставить партнерше новые ощущения, реже — при снижении потенции или раннем семяизвержении (стремясь удовлетворить женщину). Женщины ласкают ртом (минет) чаще по просьбе партнера, реже — стимулируя мужчину (со сниженной потенцией), еще реже — по собственной инициативе.

Итак, никаких жестких инструкций по поводу любовной игры. Пожалуй, лишь два совета: ласки должны входить в диапазон приемлемости и проводить их следует со все большей интенсивностью сверху вниз, оставляя половые органы напоследок (ведь человек привыкает к любым ласкам). Важно придерживаться такого правила: ласкать своего партнера так и с такой интенсивностью, как было бы приятно самому. Это позволит партнеру ориентироваться в эrogenных зонах и потребностях, ограждает от чрезмерных, возможно, даже и болезненных воздействий.

Сколько времени длиться любовной игре? Единых нормативов нет, желательна длительность, достаточная для того, чтобы женщина ощущала возбуждение, позволяющее ей испытать оргазм раньше мужчины или одновременно с ним (момент перехода от игры к коитусу как таковому не так-то легко определить, даже при длительной совместной жизни). И, не сокращая игру, не стоит слишком ее затягивать. Ведь в первом случае женщина не успеет первой достичь оргазма из-за слабого исходного возбуждения, во втором — из-за чрезмерного возбуждения мужчины.

А как быть, если женщина вообще не испытывает оргазм? Когда партнер ласкает ее

есть такого нечувствования эрекции и возбуждения, а она все еще не дает знать о своей готовности. Такой вопрос партнерам следует прочесть. Иногда приходится обратиться к врачу.

Могут быть случаи, когда любовная игра затягивается настолько, что партнеры испытывают оргазм и без коитуса (как в случае петтинга). Некоторые стремятся вызвать у партнерши оргазм еще во время любовной игры, чтобы во время коитуса чувствовать себя свободнее, не подстраиваться под ритм женщины. И может быть, правы те сексопатологи, которые считают, что в идеале женщина должна испытать первый оргазм во время любовной игры, а все остальные — во время коитуса. Однако и это должно быть приемлемо обоим партнерам. Если, например, женщина испытала оргазм во время игры и остается холодной в течение последующего коитуса, такая ситуация вряд ли может быть расценена как нормальная.

Часто мужчины определяют готовность женщины к коитусу по увлажнению влагалища. Но выделяется слизь не у всех женщин, а у некоторых из них, наоборот, влагалище обычно увлажнено: это связано с гормональным фоном. Так что по выделению влагалищной слизи можно лишь приблизительно судить лишь о физической, но не психической готовности женщины к коитусу. Поэтому чаще партнерам лучше, если мужчина не перейдет от игры к коитусу без какого-то знака со стороны женщины.

Какие позы приемлемы и необходимы?

Поза, которую теперь называют классической (женщина лежит на спине, мужчина на ней — лицом к лицу) и позыне остается основной, а у многих пар и единственной при коитусе. Между тем эта поза не только не единственная, но и не самая лучшая.

С медицинской точки зрения в разнообразии поз могут быть заинтересованы и мужчина и женщина. Коитус — большая физическая нагрузка. За один коитус здоровый мужчина тратит энергии 3000—5000 ккал — как при тяжелой физической нагрузке, это равноценно затратам энергии боксера за три раунда или землекопа за день работы. Артериальное давление у каждого из партнеров может повыситься до 200—220 мм рт. ст., пульс учащается до 130—150 ударов в минуту (при нормах 110—130 мм рт. ст. и 70—90 ударов в минуту). Поэтому некоторые мужчины с возрастом вынуждены урезать свою половую жизнь. Между тем коитус в позе на боку, например, требует в десятки раз меньше энергии. Использование такой (или подобной) позы может благоприятно сказаться на ритме половой жизни.

С другой стороны, размеренная, регуляр-

ная супружеская жизнь приводит к монотонности половых отношений. Все заранее распланировано, заранее известно, а от радости, скуки снижается влечение супругов друг к другу. Так урежается ритм половой жизни. Разнообразие же форм сексуального общения продлит время активной и счастливой половой жизни.

Итак, какие позы при коитусе естественны, физиологичны, моральны? Только такие, которые не вызывают болезненность при коитусе или после него. Любая поза обоснована и физиологически и психологически, и каждая пара может подобрать для себя подходящий вариант.

Прежде всего — интересы женщины. При коитусе в классической позе — она может и не испытать оргазма, если таково анатомическое строение и расположение эрогенных зон. Если женщина жалуется на отсутствие оргазма при коитусе, замечая учащение сексуальных сновидений, отсутствие удовлетворения наяву может быть следствием неадекватной любовной игры или неподходящей позы при коитусе. У некоторых женщин, испытывающих половое возбуждение во время любовной игры, при коитусе оно резко исчезает. Как правило, у них основной эрогенной зоной является клитор, но расположен он таким образом, что при коитусе не стимулируется лобком мужчины. А подбор адекватной позы может привести к излечению от подобной «холодности».

Известны основные позы: классическая и обратная ей — мужчина лежит на спине, женщина на нем; либо женщина располагается на животе, а мужчина сзади, лицом к ее спине; или позы — на боку, сидя, стоя. Есть и позиции, разнообразящие основные позы.

В классической позе, например, чем шире женщина разведет бедра, тем глубже мужчина может ввести пенис. Такая позиция показана парам, когда у мужчины небольшой пенис, а основные эрогенные зоны у партнерши располагаются глубоко во влагалище или на шейке матки. Наоборот, если после введения пениса женщина сомкнет бедра так, что колена мужчины будут располагаться по сторонам от ее ног, будет происходить активная стимуляция входа во влагалище и области клитора. При этом и пенис будет стимулироваться очень активно, что может ускорить эякуляцию у партнера (1). Такую позицию можно рекомендовать для завершения коитуса (во время которого можно, а иной раз и необходимо несколько раз сменить позу).

Воздействие пениса будет приходиться на все новые и новые эрогенные зоны влагалища, если женщина держит ноги разогнутыми в коленях и тазобедренных суставах и сгибает их в большей или меньшей степени.

Пределом такого сгибания является позиция, когда женщина закидывает ноги на плечи партнера, стоящего перед ней на коленях. При этом таз женщины высоко поднимается, и только в этой

позиции стимулируется эрогенная зона, расположенная на передней стенке влагалища (с обратной стороны лобковой кости). Оказалось, что зона эта весьма чувствительна у каждой пятой женщины, а у каждой девятой является единственной эрогенной зоной влагалища.

Что еще надо знать о распространенных позициях? Если женщина согнет одну ногу, оставив другую разогнутой, пенис партнера будет сильно прижиматься к боковой стенке влагалища. Она может скрестить ноги на поясице или ягодицах партнера, и тогда смещение пениса относительно стенок влагалища будет незначительным, даже если движения мужчины будут размашистыми, они произведут в основном сотрясение, а не штриховое раздражение половых органов.

Обратная поза: мужчина лежит на спине, женщина располагается на нем. Она может лежать, имитируя позу и движения мужчины, или сидеть на нем, либо располагаться лицом к его лицу, лицом к его ногам и т. д. Эту позу называют поисковой: женщина сама отыскивает наиболее приемлемую для нее позу и ритм движений, чтобы достичь оргазма, если не может («чуть-чуть») дать его мужчина.

Позы «мужчина сзади женщины» практикуются, как правило, если у партнерши имеются выраженные эрогенные зоны на ягодицах, а также в случаях низкого расположения входа во влагалище, когда введение пениса в классической позе затруднено или болезненно. В этой позе женщина может лежать на животе, а может подогнуть колени под живот, опираясь на колени и плечи, или колени и локти, или колени и кисти рук.

Позы на боку — лицом к лицу или мужчина сзади женщины. Возможна также позиция, когда женщина, лежа на боку, сгибает в колене и тазобедренном суставе вышележащую ногу, а мужчина, располагаясь сверху, вводит пенис под «верхнюю» ягодицу партнерши. Она может лежать на спине, согнув ноги в коленях, а он на боку, перпендикулярно партнерше, располагаясь между ее ягодицами и пятками.

Позы сидя. Мужчина сидит на краю постели, женщина у него на коленях, обхватив его бедрами за талию. Она не может в таком положении совершать активных движений, и партнер сам двигает ее телом. При этом женщина может сидеть спиной к мужчине.

Позы стоя также допускают два варианта: лицом к лицу или мужчина сзади женщины. Наконец, для разнообразия и улучшения позиции можно применять различные предметы: подкладывать подушечку или валик под ягодицы или поясицу лежащего партнера; подставлять скамеечку под ноги в позе сидя или стоя; занимать позицию на краю постели и т. д.

Возможны самые разнообразные поло-

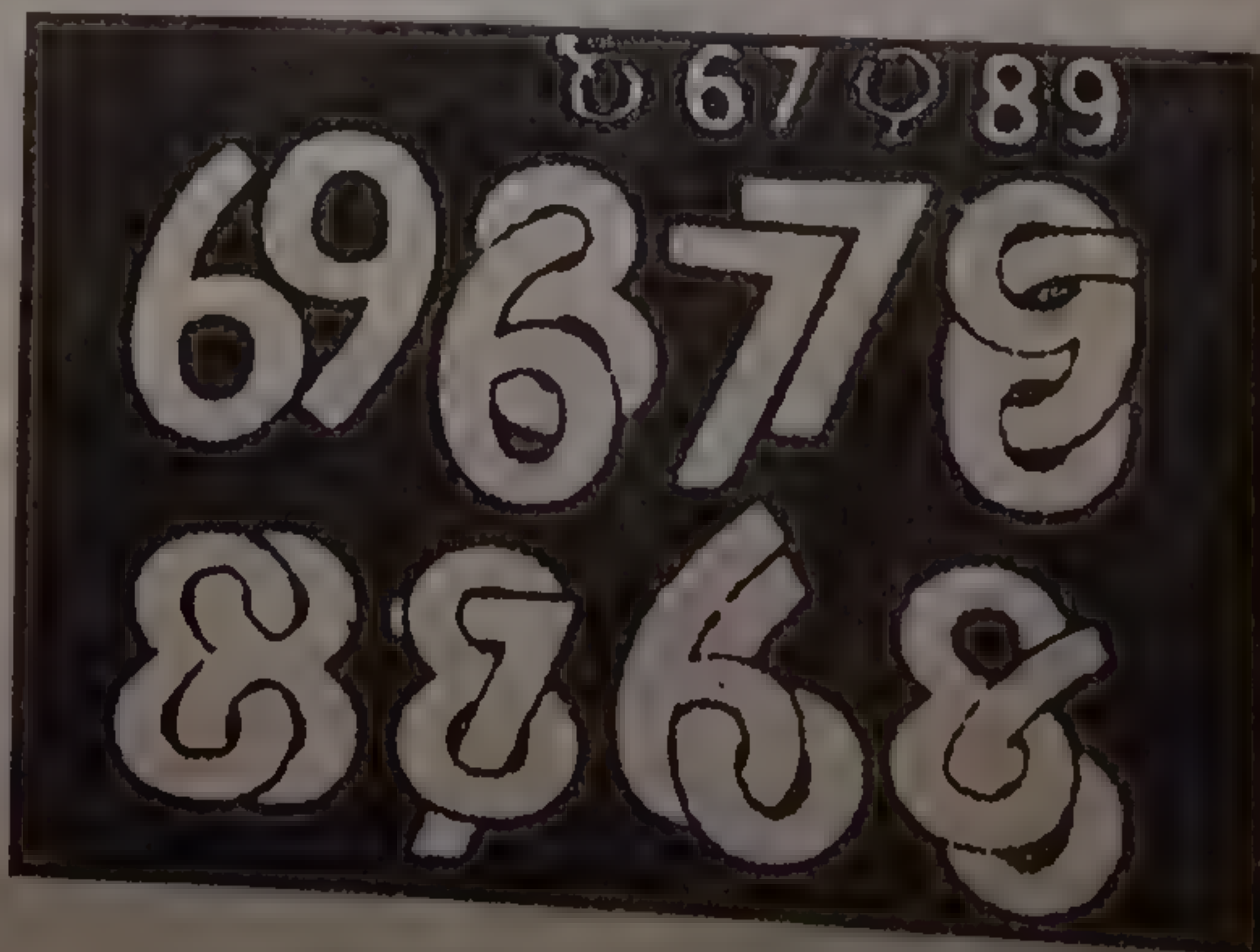
жения, которые «изобретаются» почти неосознанно. Они нормальны и приемлемы, ограничением в выборе поз может быть только физическое (анатомическое) несоответствие партнеров. Например, в позе стоя будет вызывать определенные затруднения осуществление коитуса при весьма значительной разнице в росте партнеров, а классическая поза — у мужчин с ожирением и т. д. Если коитус болезнен — прервите его, ищите другую позу сексуального общения.

Можно составить список поз и перепробовать их одну за другой. Но лучше не превращать супружескую постель в «исследовательскую лабораторию». Как правило, перепробовав 5—6 разнообразных поз, партнеры уже могут выбрать из них 2—3 наиболее соответствующие их запросам и практиковать, пока не появится желание новизны.

Всем ли показано разнообразие в ласках и позах?

Монотонизация и стереотипизация половой жизни могут привести к снижению полового чувства, но в ряде случаев являются именно тем фактором, который поддерживает и обеспечивает нормальную сексуальную жизнь. Ведь некоторым сомневающимся, неуверенным в себе людям просто необходим определенный стереотип поведения во всех областях, в том числе и в половой жизни. Малейшее отклонение от стереотипа у таких людей приводит к срыву. Кстати, самые верные супруги с непривычным партнером терпят полное фиаско. Такие случаи носят название избирательной импотенции (фригидности).

Описанные позы и положения предназначены в основном для удовлетворения женщин с вагинальным или смешанным типом оргазма, у которых важнейшие эрогенные зоны расположены во влагалище. Женщины, у которых основной или единственной эрогенной зоной является кли-



Томаш Юра. «Секс-2» (фрагмент). 1987 г.

... стимуляция его на всем протяжении игры и коитуса. На прямой контакт тела мужчины и женщины возможен только в классической позе, когда стимуляция происходит за счет ритмичного надавливания лобка партнера на область клитора (в любой другой позе этот контакт исключен).

Но и в классической позе за счет определенных анатомических соотношений тел обоих партнеров лобок мужчины может не попадать на клитор, и тем самым основная эрогенная зона будет исключена из процесса возбуждения. Так, совершенно нормальная, здоровая, страстная женщина, легко возбуждающаяся при ласках клитора во время любовной игры, во время коитуса в любой позе испытывает полное безразличие или даже отвращение к происходящему.

В таком случае в первую очередь следует поискать подходящую позу. Например, в классической позе женщина смыкает колени либо подкладывает подушечку под тазобедренные или поясничные, тем самым изменяя угол наклона таза и соответственно место соприкосновения тел партнеров. Можно попробовать женщине занять позицию поперек постели так, чтобы ее таз и ноги свешивались либо опирались на пол. Мужчина при этом стоит между ног женщины на коленях. Регулируя угол наклона таза, подтягиваясь чуть вверх или приспускаясь вниз, можно в конце концов добиться тесного контакта между клитором и лобком мужчины. Позиция эта требует минимальных затрат энергии от партнера, и ее можно рекомендовать пожилым или ослабленным мужчинам.

Кроме подбора позы (или, вместо этого), можно дополнительно стимулировать клитор во время коитуса. Такую стимуляцию может проводить и мужчина и женщина — кому удобнее, у кого лучше получается. В классической позе, например, женщине удобнее самой положить руку на низ живота, чтобы конец указательного или среднего пальца приходился на клитор (служил передаточным звеном между лобком мужчины и клитором). Кроме того, она может производить легкие массирующие движения пальцем, отыскивая наиболее возбудимые точки, и оказывая дополнительное воздействие. В позе «сзади женщины» те же манипуляции удобнее производить мужчине.

Многие пары во время коитуса продолжают обмениваться поцелуями и дополнительными ласками. Чаше это повышает возбуждение партнеров, но иногда может и отвратить. Если эякуляция у партнера долго не наступает, женщина может лаская стимулировать его основные эрогенные зоны. Например, в классической позе, протянув руку вдоль тела, погладить или легонько ущипнуть дощечку или промежность партнера. Иногда ласка эта вызывает вскоре эякуляцию у партнера. Некоторые мужчины вообще предпочитают к такому поведению

партнерши, что без этого не могут достичь эякуляции и оргазма, а женщина может так в определенных пределах регулировать длительность коитуса.

В любой из поз мужчине следует вводить пенис при начале полового акта достаточно медленно и осторожно, чтобы влагалище успело приспособиться к его размерам и плотно обхватить его. Введя же, можно остановиться на несколько мгновений. Затем следуют специфические движения тазом (фрикции): пенис вводится на большую или меньшую глубину и вновь извлекается, почти полностью. Глубина введения пениса, зависящая и от позы и глубины влагалища, определяется расположением основных эрогенных зон половых органов женщины.

Частота фрикций также имеет определенное значение: учащение ритма движений ускоряет наступление эякуляции у мужчин. У большинства женщин при правильно подобранной позе убыстрение фрикций также усиливает половое возбуждение. Однако существует и предпочтение движений более медленных, но глубоких, сопровождающихся движениями пениса из стороны в сторону, при этом стимулируются и боковые стенки влагалища. Таким образом, медленные, глубокие фрикции можно рекомендовать тем парам, в которых мужчина более возбуждается, чем женщина: при таком ритме его возбуждение будет нарастать медленнее, чем у партнерши.

Многие женщины сами совершают определенные движения тазом, особенно в классической позе (из стороны в сторону, или вращательные), тем самым партнеру наиболее чувствительным образом обеспечивая себе стимуляцию эрогенных зон.

Итак, в адекватных любовных играх и правильно подобранных позах (во время коитуса) происходит стимуляция основных эрогенных зон, усиление возбуждения и переход его в оргазм. При этом возбуждение вначале нарастает плавно, затем некоторое время остается на одном, достаточно высоком уровне (платофаза), а затем внезапно, скачком переходит в оргазм.

Научное определение таково: оргазм — ощущение полового наслаждения, сладострастия в момент завершения полового акта или при других формах половой разрядки. Можно охарактеризовать оргазм как возникающее на «пике» полового возбуждения качественно новое состояние, выражающееся ощущением физической и психической удовлетворенности половым актом, чувством упоенности и сладостной истомы, сопровождающееся стремительным спадом напряженности в нижней области живота.

В норме оргазм у мужчин происходит

при эякуляции (длится, оргазм), движений оргазма от объема снижаться.

Оргазм условно женское явление его воли отс (когда се никакими).

Некоторый оргазм р эякуляции ры, на д ный канал ную порци волевое п невротизир страстные технику н она допуст татах посл

После извлечения щины жа органах, спешно. Ж ваясь не мальные ваться ла дения эре вершить рых мужч становится контакт с

Все это У женщи образно. У женщины гама мо щины при приятное т либо прол ленную ло более инте ясь, заполн все проваз тела, прост навливаетс в норму.

У други никает оце сознания, а ловых орга телу. Неко с ощущени галища (о женщины, кто чувств оргазм.

Часть ж не выдае устой жи иая яркост

при эякуляции и длится столько, сколько она длится, от 5 до 10 секунд (пикообразный оргазм), что переживается как ощущение движения спермы по уретре. Яркость (сила) оргазма у мужчин во многом зависит от объема извергающейся спермы и может снижаться вследствие частых эякуляций.

Оргазм (и семяизвержение) у мужчин условно разделяют на две фазы: приближение его (если отвлекаясь либо усилием воли отсрочить эякуляцию) и сам оргазм (когда семяизвержение не удается сдержать никакими способами).

Некоторые сексологи для усиления яркости оргазма рекомендуют мужчине в самый момент эякуляции напрячь мышцы промежности и уретры, на долю секунды сжав мочеиспускательный канал, и тем самым собрать всю сперму в единую порцию, увеличив ее объем. Однако такое волевое поведение во время коитуса может невротизировать мужчину, снижая его сладострастные ощущения и потенцию. Поэтому такую технику нельзя рекомендовать всем мужчинам, она допустима лишь при положительных результатах после ее применения.

После эякуляции не следует сразу же извлекать пенис из влагалища: многие женщины жалуются на «пустоту» в половых органах, если половой член извлечен поспешно. Лучше, не прерывая контакта, оставаясь неподвижным или совершая минимальные движения, продолжать обмениваться ласками и нежными словами до спадения эрекции либо появления желания совершить повторный коитус (хотя у некоторых мужчин после эякуляции головка пениса становится чрезвычайно чувствительной и контакт с ней может быть болезненным). **Все это следует принимать во внимание.**

У женщин оргазм протекает не столь однообразно. У разных и даже у одной и той же женщины в разном возрасте переживание оргазма может быть различным. Многие женщины при нарастании возбуждения ощущают приятное тепло в области клитора или влагалища, либо промежности (иногда оно имеет неопределенную локализацию). Это тепло становится все более интенсивным и приятным, распространяясь, заполняя все тело, а затем, внезапно, словно все проваливается, исчезает (теряется чувство тела, пространства, времени — оно как бы останавливается). Потом постепенно все приходит в норму.

У других женщин с началом оргазма возникает оцепенение, ощущение «провала», потери сознания, а затем — словно толчок (в области половых органов) и распространение тепла по всему телу. Некоторые женщины связывают оргазм с ощущением непроизвольных сокращений влагалища (они сопровождают оргазм у каждой женщины, но не все их ощущают), хотя среди тех, кто чувствует их, не все переживают это как оргазм.

Часть женщин описывает оргазм как ощущение выдавливания или излития более или менее густой жидкости из половых путей, порой связывая яркость оргазма с воображаемым объемом

этой эфемерной жидкости. Многие женщины испытывают оргазм только при эякуляции у партнера, при ощущении выброса струи спермы и виде удовлетворения партнера, но некоторые вообще не ощущают выброс спермы у мужчины. Известно, что и некоторым мужчинам для последнего стимула к эякуляции также необходимо видеть, ощущать оргазм у партнерши.

Ощущение может быть различным по локализации, силе, содержанию, но полноценный оргазм всегда несет с собой расслабление. Оргазм у женщин может быть пикообразным, затяжным (несколько десятков секунд, несколько минут), волнообразным (в течение длительного времени), повторным (до 4—5 раз и более за один коитус, в зависимости от возбудимости женщины, длительности оргазмов и полового акта).

Некоторые женщины могут симулировать как наличие, так и отсутствие оргазма, в зависимости от того что хотят — простимулировать или «наказать» партнера. И то и другое может отрицательно сказаться на способности женщины к переживанию оргазма, поскольку любое волевое действие в момент, когда эмоции должны быть единственным содержанием близости, прерывая возбуждение, не позволяет в полной мере ощутить радость интимного общения.

Оргазм женщины различают по силе (сильный, слабый), кратности (однократный, многократный), длительности (пикообразный, волнообразный, затяжной), по месту возникновения (клиторический, влагалищный, шеечный — возникающий в области шейки матки), анальный — при стимуляции заднего прохода, оральный — при расположении основных эрогенных зон на слизистой оболочке рта, зонный — при петтинговой стимуляции эрогенных зон без соприкосновения гениталий, наконец, психический — при фантазировании, чтении и рассматривании порнографических произведений). С физиологической точки зрения все виды оргазма равноценны, но значительно чаще встречается оргазм, возникающий при стимуляции области гениталий.

Поведение людей во время оргазма весьма социализировано, зависит от воспитания, предрассудков, взаимоотношений и т. д. Мужчины, как правило, сдержанны, так что партнерша даже не всегда может быть уверена, произошла ли эякуляция у мужчины. Женщины переживают оргазм более бурно: они могут стонать, смеяться, плакать, сжимать партнера в объятиях, кусать его, что-то выкрикивать. Электрофизиологические исследования показали, что во время оргазма у женщин электрическая активность головного мозга (ЭЭГ) напоминает запись эпилептического припадка. Теряется власть над собой, поскольку мозг занят единственно — оргазмом. Этот факт свидетельствует о том, что оргазм — древнейшая реакция, доставшаяся нам в наслед-



Томаш Юра. Дизайн для обложки еженедельника «Шпильки» (Польша). 1975 г.

ство от тех времен, когда функциональное разделение мозга было достаточно примитивно.

Вот почему поведение во время оргазма должно быть строго естественным. Симуляция переживаемых эмоций либо, наоборот, сдерживание оргазмических проявлений, например из ложной скромности, нарушает естественное течение коитуса, отрицательно воздействуя на обоих партнеров. Не случайно внешние проявления оргазма, как правило, стимулируют и привлекают партнера, усиливая сексуальное влечение и улучшая общие отношения также и вне полового общения.

После оргазма возбуждение снижается. У мужчин довольно быстро (через 5—10 минут) объем пениса уменьшается вдвое, а еще через 10 минут достигает размеров невозбужденного. У женщин это снижение (фаза разрешения) длится дольше, и она, как правило, в любой момент может вновь испытывать повышение возбуждения при соответствующей стимуляции (ласке). Если такая стимуляция в виде ласк или повторного коитуса отсутствует, возбуждение проходит и у женщины.

Затем наступает третий период полового акта — сексуальная невозбудимость, когда

реакция на сексуальную стимуляцию снижена и влечения к половому сближению нет. Это состояние длится у разных людей по-разному — и минуты, и часы, и дни, что зависит от половой конституции человека, утомленности, интимных взаимоотношений. Этот рефрактерный период у женщин, как правило, короче, чем у мужчин.

Если женщина ощущает потребность в повторном коитусе, то сразу же после эякуляции у партнера, еще до уменьшения размеров его пениса, ей следует, активно стимулируя мужчину в области его эрогенных зон, продемонстрировать (словом и делом), как она желает этого коитуса. В этом случае, при сохранении эротизирующей ситуации, большинство мужчин способно на повторный коитус, даже если и не были к этому расположены вначале. В общем, можно сказать, что здоровый мужчина способен на первый коитус исходя из собственных побуждений и резервов, а для повторных актов его нужно стимулировать дополнительно.

Можно ли и нужно ли совершать повторный коитус, не приведет ли это к «срыву» сексуальной функции, снижению потенции?

Нет, этого не произойдет. Саморегулирующие механизмы организма таковы, что задолго до подобного «срыва» половое влечение снижается и происходит урежение половой жизни, пока организм не восстановит свои силы. Если половая жизнь мужчины не ограничивается и не стимулируется чрезмерно, он, как правило, осуществляет половые акты с той частотой, которую позволяют его желание и здоровье.

Настаивая на проведении повторного коитуса, женщина объясняет свое желание тем, что во время первого полового акта испытывает только легкое возбуждение, надеясь во время второго дойти до оргазма (или более яркого оргазма, чем при первом коитусе). Очевидно, в подобном случае имела место неадекватная любовная игра либо неправильно подобранная поза при коитусе (а может быть, и то и другое). При такой ситуации женщина слабо и медленно возбуждается, не подготовлена к коитусу, и он как бы заменяет ей любовную игру (как первоначальная стимуляция эрогенных зон).

Можно выбирать: изменить тактику любовной игры и уточнить позу при коитусе, принаравливаясь к запросам женщины, либо, действительно, совершать повторный коитус. При правильном подходе, достаточно длительной и адекватной стимуляции, хорошо подобранной позе большинство женщин способно испытать полное удовлетворение и при однократном коитусе.

Какова нормальная длительность коитуса (то есть самого периода фрикций)?

Единой нормы нет — есть средние значения, имеющие, правда, довольно абстрактный, отвлеченный смысл: от 1,5 до 5 минут. Укорочение длительности коитуса до 15—20 фрикций и меньше расценивается как преж-

двреме
чем на
ниях и
также
эти не
оргазма

Напр
ся 3 м
жения
прерыв
ных сек
из парт
наблюда
вопросы
дует рас
или жен
пары.

Если у
вательно
эякуляци
щин возл

Некото
без вну
возбужде
жении вс
ни удов
Другие
мужские)
удовлетво
ценную р

Бывае
половое
оргазма
ощущая
что зави
ности, а
в област
тянущим
головной
подавлен
ством от

Након
буждени
ностью у
том, чу
удовлетв

Таким
ведет к
наличие
творение
ческую
ная, не
может не
летворен
вила нас
она люб
ощущени
контакте
нером, ж
вом случ
как тягост
С друг
ной к ми
возможна
2 Твое

асимметричная эякуляция, а удлинение более чем на 20 минут (без перерывов в движениях и отвлечений) — как застойная, то есть также патологическая. Однако показатели эти не связаны напрямую с достижением оргазма, а тем более удовлетворением.

Например, если у мужчины коитус длится 3 минуты, а его партнерше для достижения оргазма необходимо 5 минут непрерывных фрикций, то при таких нормальных сексологических показателях каждого из партнеров в отдельности в паре будет наблюдаться дисгармония. Потому-то все вопросы сексологического характера следует рассматривать не отдельно у мужчины или женщины, а по отношению к состоянию пары.

Если у мужчины наблюдается четкая последовательность: возбуждение — эрекция — коитус — эякуляция — оргазм — расслабление, то у женщин возможно несколько вариантов.

Некоторые женщины участвуют в половом акте без внутреннего побуждения, не испытывая возбуждения, и остаются холодными на протяжении всего сексуального контакта, не испытывая ни удовольствия, ни каких-либо неудобств. Другие проходят все этапы (напоминающие мужские): возбуждение — коитус — оргазм — удовлетворение, то есть физиологически полноценную реакцию.

Бывает и так, что женщина, испытывая половое возбуждение, все-таки не достигает оргазма, а следовательно, и расслабления, ощущая тягостное состояние фрустрации, что зависит от психической неудовлетворенности, а также длительного застоя крови в области половых органов и проявляется тянущими болями внизу живота и пояснице, головной болью, пониженным настроением, подавленностью или возбужденностью, чувством отчужденности от партнера.

Наконец, женщина, не испытывая ни возбуждения, ни оргазма, может быть полностью удовлетворена сексуальным контактом, чувствовать покой, расслабленность, удовлетворенность.

Таким образом, отсутствие оргазма не ведет к фрустрации автоматически, а его наличие не всегда сопровождается удовлетворением. Ведь оргазм имеет и биологическую и социальную подоплеку. Фригидная, не испытывающая оргазма женщина может испытывать чисто человеческое удовлетворение от сознания того, что она доставила наслаждение любимому мужчине, что она любима и желанна. Одни и те же ощущения, появляющиеся при половом контакте с желанным и нежеланным партнером, женщина может расценивать в первом случае как оргазм, а во втором — как тягостное возбуждение.

С другой стороны, и у женщины, способной к многократным, повторным оргазмам, возможна фрустрация. Это может произойти

и после достижения оргазма с нелюбимым партнером, в случае вынужденного коитуса.

Итак, если после эякуляции у партнера женщина не испытала оргазм, продолжает ощущать возбуждение или фрустрацию, мужчине следует удовлетворить ее дополнительной стимуляцией или повторным коитусом. Отсутствие удовлетворения у женщины после оргазма зачастую связано с холодным, безразличным отношением со стороны партнера. В периоде снижения полового возбуждения для нормального физического и психического расслабления многим женщинам необходимо внимание со стороны мужчины: легкие ласки, поцелуи, слова благодарности за принесенную радость.

Как правило, мужчина тратит больше сил на коитус, чем женщина, и, возможно, больше ее нуждается в отдыхе. Но не засыпать еще две-три минуты, пообщаться с женщиной, доставившей столько удовольствия, может и самый усталый человек. В редких случаях тяжелой, постоянно повторяющейся фрустрации и при отсутствии нормальных межличностных отношений с партнером женщины для разрядки прибегают к самостимуляции собственных половых органов или других эрогенных зон. Такое поведение не является онанизмом, поскольку происходит в условиях двустороннего контакта, в присутствии полового партнера.



ЧИТАЙТЕ
ПОДПИСНУЮ серию брошюр

«АМЕРИКАНА»

издательства «Знание»,
выходящую ежемесячно
(12 номеров в год)

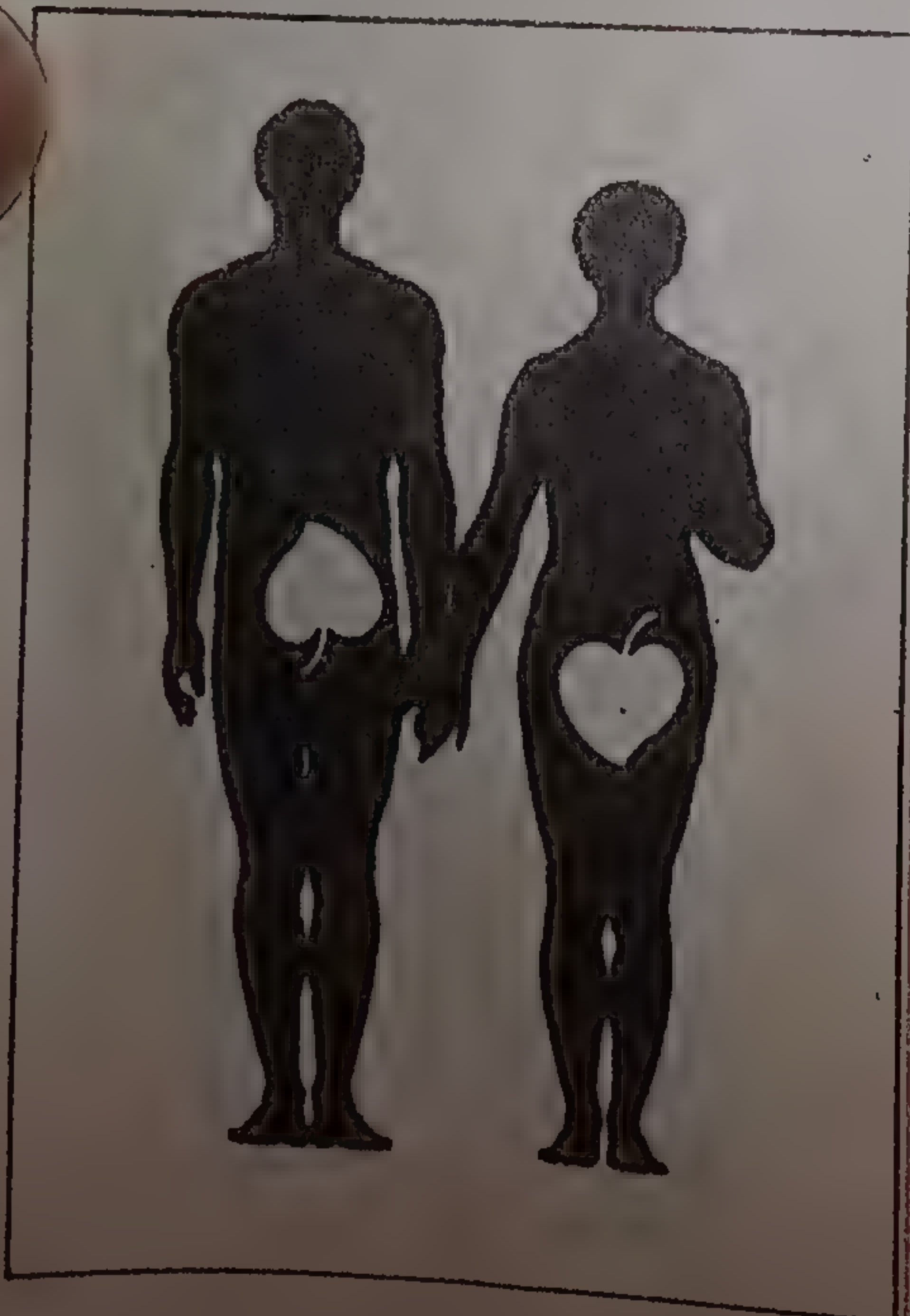
Индекс подписки — 70100

(в каталоге «Союзпечати» —
раздел
«Брошюры и журналы
издательства «Знание»).

В розничную продажу издание
НЕ ПОСТУПАЕТ



Томаш Юра. «XXX». 1975 г.



Вопрос об онанизме (мастурбации) у женщин интересует наших читателей и тех, кто обращается в консультации по вопросам семьи и брака. Надо ли предупреждать это явление? Когда оно становится патологичным? Рассказывает врач-гинеколог, сексопатолог, кандидат медицинских наук Зоя Ефимовна АНИСИМОВА.

БОЛЕЗНЕННО ТО, ЧТО ЧРЕЗМЕРНО

Достижение оргазма самостоятельно, без полового контакта с партнером, с помощью искусственных приемов (онанизм, рукоблудие, мастурбация, инсация) считается целесообразным лишь в некоторых случаях, когда это дает необходимую разрядку при длительном половом воздержании. Если здоровая женщина, временно не живущая половой жизнью, изредка мастурбирует, то это обычно не нарушает ее общего состояния, и она к врачу не обращается.

Такие случаи весьма распространены, по данным Шнабля С. (1972), среди обследованных до 90 % мужчин и 42 % женщин прибегали к онанизму, при этом женщины начинали онанировать впервые вне зависимости от возраста, а 25 % начавших онанировать до интимных связей продолжали заниматься этим параллельно с нормальным коитусом, особенно если не получали удовлетворения от близости. Женщины, склонные к мастурбации, имели большее число половых партнеров, а по данным Г. Хамильтона, среди женщин с высшим образованием число мастурбировавших достигает 74 %.

Конечно, если женщина онанирует по несколько раз в день, то это уже требует врачебного вмешательства («чрезмерная мастурбация»), если же в качестве суррогата половой жизни — от 1 раза в месяц до 2—3 раз в неделю, это в пределах нормального физиологического явления. Важно, чтобы мастурбация в таком случае не стала причиной *первичной фригидности* (холодности), хотя не столько сама по себе она, но весь мастурбационный психологический комплекс переживаний может вести к этому, как считают известные специалисты-сексопатологи Л. Я. Якобзон, Ив. Петров, Т. Бостанджиев и др.

Обычно чрезмерная мастурбация развивается на фоне *нимфомании* — заболевания, связанного с повышением либидо, когда «темперамент» становится настолько чрезмерным, что отравляет

все существование, делая жизнь невыносимой», мастурбация неполноценных мужчин, носительница результата роста.

Что касается то они часто не девственницами, шпикомыми, ласковой, а женщины бананам чаев, ирой, которая неприлична, подходящая, различная, нисы, пощип, заветству.

Известно, например, губы, таким образом, колодам, нарах. Известно, что оральный секс, клитор те, оргазма пр, ди и даже или просто.

Что же касается онанизма, то...

Исследования, типы, от (происхождение).

Ранний онанизм в 5—8 лет, с ним связано. До 10 лет.

Подорожник, ло, половые, с, признаки, лез, появ, ке, и част, струаций, позже).

Онанизм, возрелой,

все существование женщины, зачастую делая ее безвольной, «безнравственной», «греховной». Особенно упорна мастурбация у замужних женщин при неполноценных в половом отношении мужьях. Практика показывает, что лечение гипнотическим внушением (*гипносуггестивная терапия*) дает хорошие результаты у пациенток любого возраста.

Что касается способов мастурбации, то они чрезвычайно многообразны и часто небезопасны. Например, когда девственницы пользуются карандашами, шпильками, градусниками, вводимыми либо через *отверстие в девственной плеве* во влагалище, либо в уретру, а женщины — сосисками, сардельками, бананами и т. п. В большинстве случаев используется палец руки (*второй*, который часто называют поэтому *неприличным*), иногда он заменяется подходящим продолговатым предметом различной толщины. *Искусственные пенисы*, полностью имитирующие настоящих, за рубежом продаются в соответствующих магазинах.

Известны и другие способы достижения оргазма, например, *подергиванием за малые половые губы*, которые от частого мастурбирования таким образом удлиняются, что известно гинекологам, наблюдающим этот признак при осмотрах. Известно, что наиболее сильный онанистический оргазм получают от направленного на клитор теплого душа, а некоторые достигают оргазма при езде на велосипеде, верхом на лошади и даже работая на ножной швейной машине или просто ритмично сжимая и разжимая ноги.

Что же известно о клинических формах онанизма у женщин?

Исследователи различают следующие типы, отличающиеся по своей *этиологии (происхождению)*.

Ранний детский онанизм. Начинается в 5—8 лет большей частью под влиянием сверстниц более старшего возраста. До оргазма дело обычно не доходит.

Подростковый (пубертатный — начало половозрелости) онанизм развивается с появлением *вторичных половых признаков*: увеличением молочных желез, появлением растительности на лобке, и часто совпадает с началом менструаций (или несколько раньше или позже).

Онанизм девушки 16—20 лет, половозрелой, но еще не вышедшей замуж

(школьницы старших классов, студентки).

Заместительный онанизм — у вдов, разведенных, женщин, имеющих длительный перерыв в половой жизни, и др.

Онанизм климактерический — характерен в начале климакса при повышении либидо, дисгармонии в половой близости.

Для профилактики болезненного страдания — чрезмерной мастурбации полезно ознакомиться с конкретными примерами из врачебной практики, которые привожу по книге В. И. Здравомыслова, З. Е. Анисимовой, С. С. Либиха «*Функциональная женская сексопатология*» (Алма-Ата: Казахстан, 1985).

Пациентка 7,5 лет, приведена родственницей, которая живет с ней в одной комнате. С 2 лет девочка ежедневно по нескольку раз в день занимается онанизмом, раздражая пальцем клитор. Родственница рассказала, что однажды она взяла девочку на ночь к себе в кровать, чтобы не дать ей мастурбировать, но среди ночи девочка стала тереть своей ручкой ее половые органы.

Проведен сеанс гипнотического внушения с приказанием «*не трогать рукой внизу*». Через 2 недели девочку привели снова. Мастурбирует значительно меньше. Проведен второй сеанс внушения. Родственница девочки обещала, что если что-нибудь заметит, то приведет ее снова, но больше не явилась.

Пациентка 16 лет. Школьница. Мастурбирует с 10 лет, с тех пор как заметила резкий рост груди. Молочные железы развиты, как у взрослой женщины, молозива нет. Половые органы развиты нормально, менструирует с 13 лет, испытывая при этом небольшие недомогания. Девственная плева цела, но пропускает палец. По предписанию врача из женской консультации принимала монобромистую камфору, но без результатов.

Обратилась к нам за помощью, так как из-за мастурбации «нет усидчивости», учится в 9-м классе «так себе». Замечает ухудшение памяти, настроение постоянно плохое.

С помощью гипноза введена в глубокий сомнамбулический сон, во время которого ей было сделано внушение хорошего настроения, спокойного состояния, отсутствия возбуждения и желания онанировать, улучшение памяти, стремления стать отличницей в учебе. После нескольких сеансов девушка перестала мастурбировать, значительно улучшилось настроение, отсутствуют жалобы на плохую память. Пропало желание мастурбировать, успеваемость в школе улучшилась.

Пациентка 24 лет. Однажды, когда ей было 12 лет, увидела кроликов во время коитуса, и впервые появилось сильное половое желание, начала мастурбировать, с каждым днем все чаще. В 18-летнем возрасте вышла замуж, но вскоре разошлась с мужем из-за его измены. Во втором браке уже 3 года, имела один искусственный аборт 1,5 года назад.

Половое возбуждение настолько сильно, что, по ее словам, теряет сознание на несколько минут. С мужем живет интенсивной половой жизнью, и несмотря на это, мастурбирует до 10—15 раз в сутки (трение клитора).

После семи сеансов внушения в состоянии гипотаксии она стала значительно спокойнее, перестала плакать, живет нормальной половой жизнью, мастурбировать перестала, больше не тянет к этому, очень довольна результатом лечения.

Пациентка 38 лет. По профессии рабочая. Резкое истощение, верхушечный туберкулезный процесс в легких, выраженный системный сердечно-сосудистый невроз; дрожание рук, резкое (до судорог) повышение сухожильных рефлексов, отсутствие глоточного и корнеального рефлексов, резкий красный дермографизм. Менструрует с 13 лет (через 1 месяц, по три дня, без болей), имела 4 аборта.

Онанизмом начала заниматься с 8 лет под влиянием подруги и очень скоро дошла до 4—5 раз в день. С тех пор не помнит ни одного дня без мастурбации, особенно сильное влечение к онанизму испытывает во время регул. Замуж вышла в 29 лет, думала, что с началом половой жизни мастурбировать перестанет, но надежды не оправдались.

Живя с мужем нормальной половой жизнью, даже после коитуса, доставившего ей полное удовлетворение, каждый раз тут же, при муже, с помощью мастурбации пытается достичь и достигает нескольких оргазмов. От этой привычки отказаться не в состоянии, чувствует как, по ее словам, расшатывается нервная система, усиливается худоба. К врачам ранее не обращалась из-за ложного стыда. Теперь, когда здоровье резко ухудшилось, решила вылечиться во что бы то ни стало.

Через 8 сеансов внушения в гипнотическом состоянии к мастурбации не тянет, перестала онанировать после второго сеанса, сон спокойный, дрожание рук прекратилось, через несколько месяцев после психотерапии считает себя здоровой, к онанизму чувствует отвращение.

Пациентка 65 лет. По профессии пианистка. Замужем была три раза, пережила всех своих мужей, менструировала с 11 до 50 лет. Во время болезни последнего супруга у нее развился тяжелейший климактерический синдром с многочисленными жалобами. С гинекологической стороны — на сильнейший зуд наружных половых органов (без явлений крауроза), резко повысилась либидо.

Так началась климактерическая, нимфоманическая мастурбация, усиленная, с ухудшением состояния здоровья после достижения оргазма. Считает свое поведение аморальным, тяжело переживает его, появились частые суицидальные мысли (о самоубийстве).

Дважды проходила курс лечения в стационаре, и несмотря на назначение наркотиков, просыпалась там до 10—15 раз за ночь, перестала читать, бросила работу по специальности.

После курса лечения внушением в гипнотическом состоянии прекратила мастурбировать. Лечение облегчило многочисленные климактерические жалобы, сняло зуд, уменьшило либидо.

В заключение следует отметить, что в отличие от мужского онанизма у женщин иногда толчком к мастурбации становится зуд наружных половых органов.

Вот почему, испытывая даже легкий зуд вульвы, необходимо срочно обследоваться, как бы это ни казалось безобидным на первый взгляд. И надо приучать к гигиене девочек с самого раннего возраста.

Томаш Юра. *Время идет.* 1980 г.



ЭПЮДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Р. П. НАРЦИССОВ

ПАРТУС ФЕЛИКС

Родовые муки отчасти принимаются как нечто неизбежное, как библейское проклятие. В какой-то степени эти боли расцениваются как достоинство материнства, причина благодарности ребенка матери за перенесенные муки.

Вот как описал роды Л. Н. Толстой (роды Кити).

«...Он (Левин) слушал рассказ доктора и понимал его. Вдруг раздался крик, ни на что не похожий. Крик был так страшен, что Левин даже не вскочил, но, не переводя дыхания, испуганно-вопросительно посмотрел на доктора. Доктор склонил голову набок, прислушиваясь, и одобрительно улыбнулся. Все было так необыкновенно, что уже ничто не поражало Левина. «Верно, так надо», — подумал он и продолжал сидеть. Чей это крик? Он вскочил, на цыпочках вбежал в спальню, обошел Лизавету Петровну, княгиню и стал на свое место, у изголовья. Крик затих, но что-то перемешалось теперь. Что — он не видел и не понимал и не хотел видеть и понимать. Но он видел это по лицу Лизаветы Петровны: лицо Лизаветы Петровны было строго и бледно и все также решительно, хотя челюсти ее немного подрагивали и глаза ее были пристально устремлены на Кити. Воспаленное, измученное лицо Кити с прилипшей к потному лицу прядью волос было обращено к нему и искало его взгляда. Поднятые руки просили его рук. Схватив потными руками его холодные руки, она стала прижимать их к своему лицу.

— Не уходи, не уходи! Я не боюсь, я не боюсь! — быстро говорила она. — Мама, возьмите серьги. Они мне мешают. Ты не боишься? Скоро, скоро, Лизавета Петровна...

Она говорила быстро, быстро и хотела улыбнуться. Но вдруг лицо ее искалось. Она оттолкнула его от себя.

— Нет, это ужасно! Я умру, умру!

Поди, поди! — закричала она, и опять послышался тот же ни на что не похожий крик.

Левин схватился за голову и выбежал из комнаты.

— Ничего, ничего, все хорошо! — проговорила ему вслед Долли.

Но что бы они ни говорили, он знал, что теперь все погибло. Прислонившись головой к притолоке, он стоял в соседней комнате и слышал чей-то никогда не слышанный им визг, рев, и он знал, что это кричало то, что было прежде Кити. Уже ребенка он давно не желал. Он теперь ненавидел этого ребенка. Он даже не желал теперь ее жизни, он желал только прекращения этих ужасных страданий.

— Доктор! Что же это? Что же это? Боже мой! — сказал он, хватая за руку вошедшего доктора.

— Кончается, — сказал доктор. И лицо доктора было так серьезно, когда он говорил это, что Левин понял «кончается» в смысле — умирает.

Не помня себя, он вбежал в спальню. Первое, что он увидел, это было лицо Лизаветы Петровны, оно было еще нахмуреннее и строже. Лица Кити не было. На том месте, где оно было прежде, было что-то страшное и по виду напряжения и по звуку, выходившему оттуда. Он припал головой к дереву кровати, чувствуя, что сердце его разрывается. Ужасный крик не умолкал, он сделался еще ужаснее, как бы дойдя до последнего предела ужаса, вдруг затих. Левин не верил своему слуху, но нельзя было сомневаться: крик затих, и слышалась тихая суетня, шелест и торопливое дыхание, и ее прерывающийся, живой и нежный, счастливый голос тихо произнес: «Кончено».

Он поднял голову. Бессильно опустив руки на одеяло, необычайно прекрасная и тихая, она безмолвно смотрела на него и хотела и не могла улыбнуться.

Обычные роды. Это видно по реакции окружающих, по продолжительности — 22 часа (у первородящих), по исходу — рождению живого здорового ребенка, счастливому покою в конце. Два явно страдающих человека: физически — Кити и душевно — Левин. Однако есть и третий — ребенок.



Павел Филонов. *Женщина*. 1915 г. Бумага, чернила коричневые, тушь, кисть. 36×36,8

Особое состояние ребенка (плода) — еще не включенное сознание — создает иллюзию отсутствия реакции на боль. Все же воздействия, которые вызывают боль у матери, вызывают повреждения ребенка — так сдавливается его голова, что будь ребенок в сознании, то потерял бы сознание от боли. Самое главное — ребенок получает весь комплекс гуморальных (передающихся через кровь) факторов боли, которую испытывает мать.

Боль у ребенка как бы размораживается после рождения, но уже не в виде боли (хотя и она имеется от повреждений: достаточно представить сдавленную голову и потом — «снятый обруч» — боль не острая, но останется), а ее последствий. Если опираться на информационную теорию эмоций, то боль — признак неблагополучия матери и плода, а отсутствие боли — норма, сладостное переживание родов — идеал, оптимум родов.

Как ни редки сладостные роды (par-

tus felix) — они реальность. Иногда с положительной эмоцией переживается одна из фаз (период) родов, иногда — все они целиком. В таких условиях ребенку столь же хорошо, как и матери, и рождается он в счастье и радости.

Генез (происхождение) боли в родах сложен, обобщенно говоря — это сигнал несоответствия, дисгармонии состояния матери и ребенка (анатомическое несоответствие, несоответствие скорости различных физиологических процессов и др.). В родах можно выделить три критических периода — раскрытие шейки, вход головки в малый таз и прорезывание головки. Все три критических периода могут протекать с болью, но и все три могут быть окрашены положительной эмоцией.

Схватки иногда переживаются как прилив молока — сладостное напряжение, желание родить.

Распирание влагалища головкой вызывает сладостную слабость в ногах (снятие спазма мышц промежности) и

периодически достаточную, начинающаяся по (двигательная), мышцы — поток — бенка.

Вход в цепторо-психическое дела. Это последние, чтобы передать (новых) стрессов бенка.

«...Роды — страдания, том короче, эти боли (ков) — принятие. быть сладостной родовой включают

Женщина стонать, плавать

и стон и потугах, кислоты, перевозчик у ребенка

После родов званых ребенок, щений, от крика, га и от мира.

Как мать за бо покл. Мать в чувствованиях, родах, нес все, бее ее. переносили были...

Борьба, вестись фармакологический родов, благово-

периодически накатывающуюся сладостную волну потуг. Сладостная волна начинается с низа живота и разливается по всему телу (блаженство рождения), вызывая напряжение всех мышц — потугу, приносящую с кровью поток питательных веществ для ребенка.

Вход во влагалище имеет обилие рецепторов, и при прорезывании головки психическое напряжение достигает предела. Это необходимо для того, чтобы последний период протекал быстро и чтобы поток импульсов посредством передающихся через кровь (гуморальных) стимулов включил сознание у ребенка.

«...Роды, страдания, безобразные страдания, эта последняя минута... потом кормление, эти бессонные ночи, эти боли страшные» (от трещин сосков) — мысли Долли о родах и материнстве. «Последняя минута» и должна быть сладостной, а не болевой вершиной родов. В этот период начинает включаться сознание ребенка.

Женщина может и должна иногда стонать и кричать в родах, но от наплыва чувств, а не от боли (крик и стон на фоне задержки дыхания при потугах уменьшают концентрацию углекислоты в крови, что предупреждает перевозбуждение дыхательного центра у ребенка).

После стонов и криков матери, вызванных наплывом чувств, закричит и ребенок, переполненный потоком ощущений, радости. Этот крик отличается от крика ребенка при повреждении мозга и отражает его состояние открытия мозга.

Как ребенок должен благодарить мать за роды безболезненные и «особо поклониться» за сладостные роды. Мать в большей степени должна посочувствовать ребенку при болезненных родах, поскольку он вместе с ней перенес все тяготы, будучи значительно слабее ее. Забота и любовь эти раны (в переносном смысле) заживят, но они были...

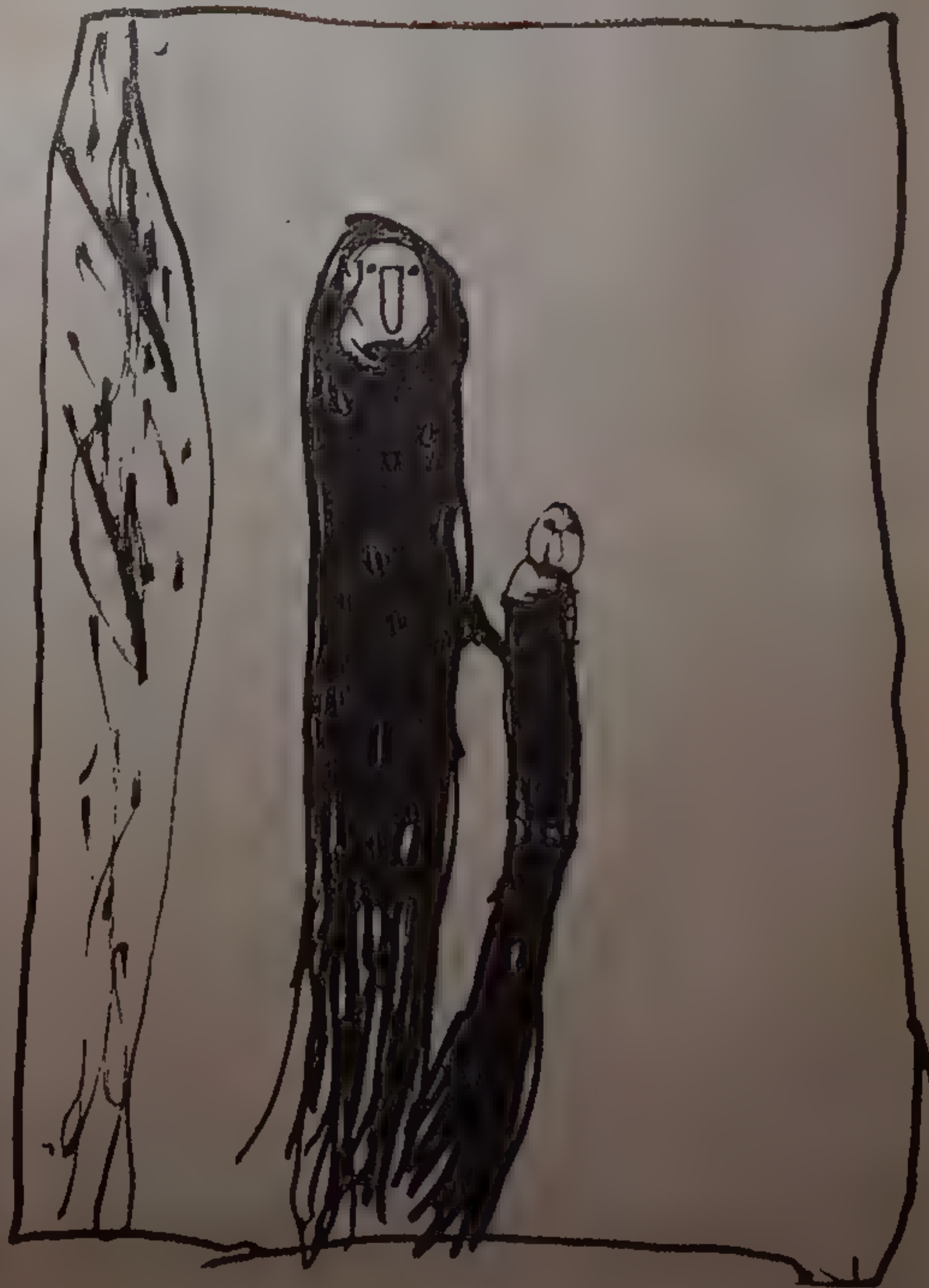
Борьба за сладостные роды может вестись по нескольким направлениям — фармакологическим обезболиванием родов, метаболическим пособием и за своевременной подготовкой к родам и,

наконец, психической ориентацией женщины на сладостные роды.

Одной из черт женственности является доверчивость и внушаемость. Эти свойства даны женщине природой не для страданий от обманщиков, а для защиты детей. Легко представить (и даже побывать в ситуации), когда мать, будучи с ребенком, чего-либо сильно испугается — может даже потерять себя, но ей достаточно увидеть перепуганные глаза ребенка, как вступает в действие это желание убедить себя и свое дитя не пугаться: только несколько успокоившись сама, мать может успокоить ребенка.

Это прекрасное свойство внушаемости ей необходимо использовать в родах, начав с первых схваток мысленный разговор с ребенком. В ожидании сладостных родов — комментировать каждое ощущение, предвкушать следующее, предупреждать ребенка об этом (как потом — вдвоем с ним на спектакле или в кино будет обращать

Даня А. 6 лет (1982 г.)



его внимание на появление чего-либо интересного). В случае боли ей нужно лишь представить себе испуганные детские глаза, и сама душевная основа материнства начнет глушить боль, угаривать ребенка потерпеть, утешать его ласковым словом.

В родах женщина не одна: закрыв глаза и сжав кулачки, вместе с ней, то сладко падая в какую-то пропасть, то, наоборот, с взволнованно бьющимся сердцем переживает каждое событие ее ребенок. Не потом — после родов, уже сейчас он есть, и нельзя ни на минуту выпускать его из собственного сознания.

И в каждый последующий день рождения мать должна быть с ним — вместе печь пироги, жарить гуся, накрывать стол и одеваться, даже на время обвязаться лентой и ходить только вместе: ребенок примет эту игру-символ. Мать все помнит про роды, а ребенок все чувствует...

Сладостные роды нужны прежде всего для ребенка, поскольку свидетельствуют о потоке *нейропептидов*, выделяющихся у матери и оптимизирующих состояние ребенка. Среди этих нейропептидов имеются и *эндорфины*, гасящие боль у ребенка (и матери тоже). У ребенка боль, обусловленная сдавливанием головы, должна быть нейтрализована.

Компонент же сладостных родов существует всегда. В описании Толстого прекрасный облик Кити по окончании родов и вызван тем замаскированным и, к сожалению, более слабым, чем болевой импульс, течением *partus felix*.

Такое прекрасное лицо не может возникнуть просто из-за исчезновения боли или по окончании тяжелой работы — в таких ситуациях появляется только покой (достаточно посмотреть на лицо больных людей после введения обезболивающих средств). После прекращения боли у Кити и проявилось то состояние, которое было на протяжении родов, но затухало, «загрязнилось» болью. Лицо матери после родов должен видеть ребенок, оба они — мать и дитя — должны насмотреться друг на друга (*взаимное любование*). Молозиво при сладостных родах, насыщенное нейропептидами (в частности, эндорфи-

нами), обладает увеличенной обезболивающей силой (снимает не острую, а тупую боль).

По-видимому, человеческая культура должна обогатиться этим моментом в жизни женщины — лицо родившей женщины должен видеть муж. Возможно, оно должно быть запечатлено на фотографии и храниться как семейная драгоценность. Эту фотографию лица матери — после собственного рождения должен бы хранить и ребенок.

Пока при всем кардинальном значении сладостных родов для человеческой культуры, гуманности к ним имеется преимущественно узкий, медицинский интерес — сладостные роды необходимы для оздоровления ребенка. При таких родах новорожденный окажется здоровее плода, ибо нейтрализуются многие патологические влияния, появляется оптимальный *гуморальный стимул* для адаптации к внешнему миру.

Эта цель (оздоровление поколения) и заставляет настойчиво добиваться в родах *положительной эмоции*.

Казимир Малевич. Женщина с гребнем в волосах. Холст, масло. 35,5×31



ЧИТАТЕЛЮ НА ЗАМЕТКУ

Похудение и сексуальная жизнь

В погоне за стройностью фигуры нельзя, что называется, *перегибать палку*. Систематическое недоедание и употребление только малокалорийной пищи ведут к нарушению жизненных, в том числе и половых функций. Вот один из примеров. В течение 2—9 месяцев 15 молодых женщин в возрасте от 16 до 22 лет, здоровые физически и психически, соблюдали режим похудения, включив в свой рацион питания малокалорийные продукты. Потеря веса (первоначальной массы тела) составила в среднем 21 %, и в результате все они обратились к врачу, так как обнаружили расстройства половых функций (вторичная аменорея).

У женщин, которые в погоне за быстрым похудением применяли мощные мочегонные средства (*лазикс, урегит и др.*), резко снижалось выделение эстрогенов, а во влагалищном мазке анализ показал низкую эстрогенную реакцию, биопсия яичников (*при лапароскопии*) выявила разрастание соединительной ткани, склерозированные белые тела. Их ожидали печальные результаты необдуманного увлечения похудением. Имеются доказательства того, что резкое похудение может нарушить физиологический баланс калия и натрия в организме, а дефицит калия, как известно, особенно опасен для сердечной мышцы, появляются перебои (*экстрасистолы*), которые могут привести и к остановке сердца.

Установлено, что длительное бесконтрольное применение *верошпирона* изменяло гормональное состояние организма, что оборачивается увеличением грудных желез и импотенцией у мужчин, расстройством менструального цикла и оволосением лица у женщин.

Согласно «шкале весовых категорий» В. И. Здравомыслова, каждая женщина должна стремиться приблизить свой вес к 5-й категории, соответствующей физиологической норме (исчисляемой в пределах ± 5 кг от роста женщины

в сантиметрах минус 100). В пределах нормы, т. е. допустимы 4-я категория — для женщин небольшого роста, а для высоких — 6-я. В группе риска расстройств половых функций оказываются те, чей вес выходит за пределы 4—6-й весовых категорий.

Весовые категории по В. И. Здравомыслову

Больные (кахексия) — 1-я весовая категория (нехватка веса превышает 20 кг).

Истощенные — 2-я категория (нехватка веса от 15,1 до 20 кг).

Худые — 3-я категория (нехватка веса от 10,1 до 15 кг).

Худощавые — 4-я категория (нехватка веса от 5,1 до 10 кг).

Нормальный вес — 5-я категория (± 5 кг от идеального).

Упитанные — 6-я категория (превышение веса от 5,1 до 10 кг).

Умеренное ожирение — 7-я категория (превышение веса от 10 до 15 кг).

Ожиревшие (или тучные) — 8-я категория (превышение веса от 15,1 до 20 кг).

Чрезвычайно ожиревшие — 9-я категория (превышение веса более 20 кг).

Половая жизнь и беременность

В первые 1,5—2 месяца *беременная матка* крайне возбудима, и половой акт может спровоцировать самопроизвольный выкидыш. Первобеременным и женщинам, имевшим случаи выкидышей, в этот период следует воздержаться от половой близости. Еще более опасны последние 2 месяца беременности, а за 8 недель до родов нужно вообще отказаться от половой жизни, так как это ведет к различным осложнениям.

К сожалению, очень многие мужья, не учитывая этого обстоятельства, настаивают на продолжении половой жизни почти до самых родов. И это нередко происходит потому, что многие женщины в этот период *временного* воздерживания, хотя и знают о грозящей им опасности, идут на уступки, боясь измены мужей. Между тем опасность *позднего коитуса* заключается не только в преждевременных родах, но и в *инфицировании* беременной, а также в *осложнениях послеродового периода*.

Врачебная практика показывает, что чем ближе был последний коитус к сроку родов, тем больше процент инфицированных женщин. Известны и смертельные исходы *послеродового сепсиса*.

В конце беременности матка реагирует на половой акт спазмом (тоническим), заключительная фаза затягивается иногда очень надолго — до 30—40 минут у повторнородящих, а состояние плода в результате этого резко изменяется отнюдь не в лучшую сторону. Можно ли забывать об этом?

После родов, в течение 1,5—2 месяцев, во избежание инфекции также необходимо полное воздержание от половой жизни, а весь период грудного вскармливания (лактации) необходимо тщательно предохраняться от беременности: около половины всех кормящих матерей не имеют менструации, но могут в это время забеременеть. После аборта необходимо воздерживаться от половой жизни в период до следующей менструации.

Гигиена половой близости и рак

Жены «обрезанных» мужей страдают раком шейки матки реже, чем жены «необрезанных». Этот факт ученые-медики связывают с канцерогенностью смегмы (смазки сальной, скапливающейся в мешочке крайней плоти, закрывающей головку пениса), что было доказано клинически и в экспериментах на животных. Как полагают, способствуют превращению холестерина смегмы в канцероген нередко находящиеся в ней бактерии (микобактериум смегматис).

Так, в одном из обследований, у 13 тысяч монахинь, хотя и обнаруживались злокачественные опухоли тела матки и яичников, не имелось ни одного случая заболевания раком шейки матки. Сравнительное исследование различных групп населения (мусульман, христиан, иудеев) в разных странах свидетельствует, что обрезание может иметь профилактическое значение, если учесть статистику заболеваний раком шейки матки у жен «необрезанных» мужей. Значит ли это, что такое оперативное вмешательство должно получить широкое распространение именно в целях профилактики?

По мнению В. И. Здравомыслова, З. Е. Анисимовой, С. С. Либиха (1985),

требование всеобщего обрезания чрезмерно. Достаточно каждому «необрезанному» мужчине производить ежедневные обмывания полового члена, особенно перед половой близостью, и надо рекомендовать женщинам приучать своих «необрезанных» мужей к подобным процедурам. Конечно, это связано в первую очередь с сексуальным воспитанием, которое следует начинать, по мнению некоторых сексологов, даже в возрасте 6—7 лет, во всяком случае матери должны регулярно обращать внимание на состояние крайней плоти у своих мальчиков с самого раннего детства.

Иглоотерапия и контрацепция

Контрацепция существовала еще на заре человечества, и с тех далеких времен ее применение только расширялось. Так или иначе, но лекарственные (растительного происхождения) и механические (внутриматочные) способы имеют древнее происхождение. И среди многообразия использовавшихся традиционной (народной) медициной средств методы акупунктуры занимают достойное внимание, так как в сравнении с другими методами не угрожают побочными явлениями, нежелательными, патологическими. Конечно, эффективность такого способа (впрочем, как и многих других народных средств лечения различных заболеваний) — вопрос, который решается индивидуально и зависит от компетентности иглотерапевта.

Согласно Ф. Уоррену (Медицинская акупунктура. — Киев: Вища школа, 1981), эффективны как меридианные биологические точки (из классических — передне-срединный, толстой кишки и селезенки — поджелудочной железы), так и внемеридианные (на внутренней поверхности голени над лодыжкой), а также точки ушной раковины. Так, П. Ноги (1975) утверждает, что легкий ежедневный массаж ушной раковины в зоне (сексуальной) от ножки завитка до восходящей его ветви предотвращает зачатие, то есть может служить немедикаментозной противозачаточной «пилюлей».

ФЕНОЛ

Продо
теме «Вз
вчера —
пусках М
го издан
ки: нас
ный рису
тели», («
рук?») б
относящи
далась и
культная
руки» —

В част
слияния
считыва
в скрини
ка отяго
ваниями.
ли это, ч
цевая по
достаточ
было су
здоровья
ет канди
Андрееви

ДИАГ

Те, кто
сти знак
фическог
себе отч
ния-приз
мы изол
характер
рельефа.
свою диа
стики зна
плекс в
Поэтом
ко встре
слияние
цевой бо
фике на
поперечн
значение
матоглиф
ми). В
тему (ф
№ 2, №
числены,
ны. Тепе
бенности
ния, хотя

Продолжаем публикацию материалов по теме «Взгляд на кожный рисунок руки: вчера — сегодня». В опубликованных в выпусках № 1/89, № 2/89 и № 3/89 нашего издания статьях («Кожный рисунок руки: наследственность и здоровье», «Кожный рисунок руки: примечательные параллели», «Очевидные свидетельства пальцев рук?») был показан целый ряд феноменов, относящихся к ладонным линиям, обсуждалась их интерпретация — научная и оккультная (принятая в искусстве «чтения руки» — хиромантии).

В частности, такое явление, как феномен слияния некоторых борозд (линий), рассматривалось как признак, используемый в скрининг-тестах на выявление групп риска отягощенности наследственными заболеваниями. Вот и возникает вопрос: означает ли это, что, например, ЧПЛ (четырепальцевая поперечная линия) на ладони руки — достаточный признак для каких бы то ни было суждений и выводов относительно здоровья и психики человека? Рассказывает кандидат медицинских наук Евгений Андреевич ТРЕПАКОВ.

ДИАГНОСТИКА

Те, кто порой из чистой любознательности знакомятся с описаниями дерматоглифического рисунка ладони, редко отдают себе отчет в том, что те или иные явления-признаки не могут быть рассматриваемы изолированно от всей совокупности характерных черт причудливого кожного рельефа. Хотя каждый из признаков имеет свою диагностическую ценность, для диагностики значимым является лишь весь их комплекс в целом.

Поэтому такой важный, достаточно редко встречающийся признак, как полное слияние линий трехпальцевой и пятипальцевой борозд, получивший в дерматоглифике название ЧПЛ (четырепальцевая поперечная линия), имеет диагностическое значение лишь в комплексе с другими дерматоглифическими особенностями (стигмами). В предыдущих публикациях на эту тему (факультет «Твое здоровье» — № 1, № 2, № 3) важнейшие из них были перечислены, а некоторые детально рассмотрены. Теперь же пора обратиться к тем особенностям, которые остались вне поля зрения, хотя и были представлены на иллюстра-

циях (схема в № 1/89 и отпечаток руки в № 2/89).

Следующее явление, которое заслуживает внимания, называется на языке ученых — дерматоглифологов *смещением осевых трирадиусов*. Но прежде скажем о том, где и какие трирадиусы обычно находятся (должны находиться?) на ладонной карте кожного рисунка руки.

Обычно под каждым из четырех пальцев руки, на ладони располагаются *пальцевые трирадиусы-дельты*: «а», «в», «с» и «d», как это видно на представленной схеме. Характерно, что отсутствие хотя бы одного из них, чаще трирадиуса «с», или их удвоение — признак достаточно редкий. Последнее чаще встречается в области трирадиусов «а» и «d». С известной осторожностью можно предполагать, что более редкие признаки и их сочетания, а также варианты могут скорее иметь отношение к всевозможным аномалиям, о чем свидетельствуют некоторые уже выявленные корреляции. Например, при наследственной болезни — синдроме Тернера — наряду с преобладанием на пальцах *петель и завитков*, увеличением *гребешкового счета*, *дистальным смещением осевого трирадиуса* часты случаи отсутствия *пальцевого трирадиуса «с»* и *ульнарное* (к внутреннему краю ладони) *смещение пальцевого трирадиуса «в»*.

Ближе к *браслетным складкам* имеется *осевой трирадиус «t»*, располагающийся по средней линии ладони (смотри иллюстрацию в № 1/89 факультета «Твое здоровье») между *тенаром и гипотенаром*. Обычно встречается лишь один такой осевой трирадиус (на каждой ладони), называемый *карпальным (запястным)*. Если же их два или три, расположенных последовательно выше карпального, они обозначаются соответственно, как «t'» (*промежуточный*) и «t''» (*центральный*). Такое смещение осевого трирадиуса (*дистальное* — в сторону пальцев на ладони) в комплексе с другими дерматоглифическими редкостями чаще наблюдается у лиц с болезнью Дауна, синдромами Патау, Эдвардса и некоторыми другими, связанными с аномалиями хромосом в клетках. То обстоятельство, что подобное смещение наблюдается в семьях детей с хромосомными болезнями — у родителей и сибсов (брат — сестра), свидетельствует о наследственной природе такого признака.

Каковы же критерии для определения положения осевого трирадиуса на ладони? Широко известна классификация Г. Гейпеля (1961), предложившего считать осевой трирадиус по его месторасположению *карпальным «t»*, если угол α_{td} меньше или равен 40° (смотри иллюстрацию в № 1/89 фа-

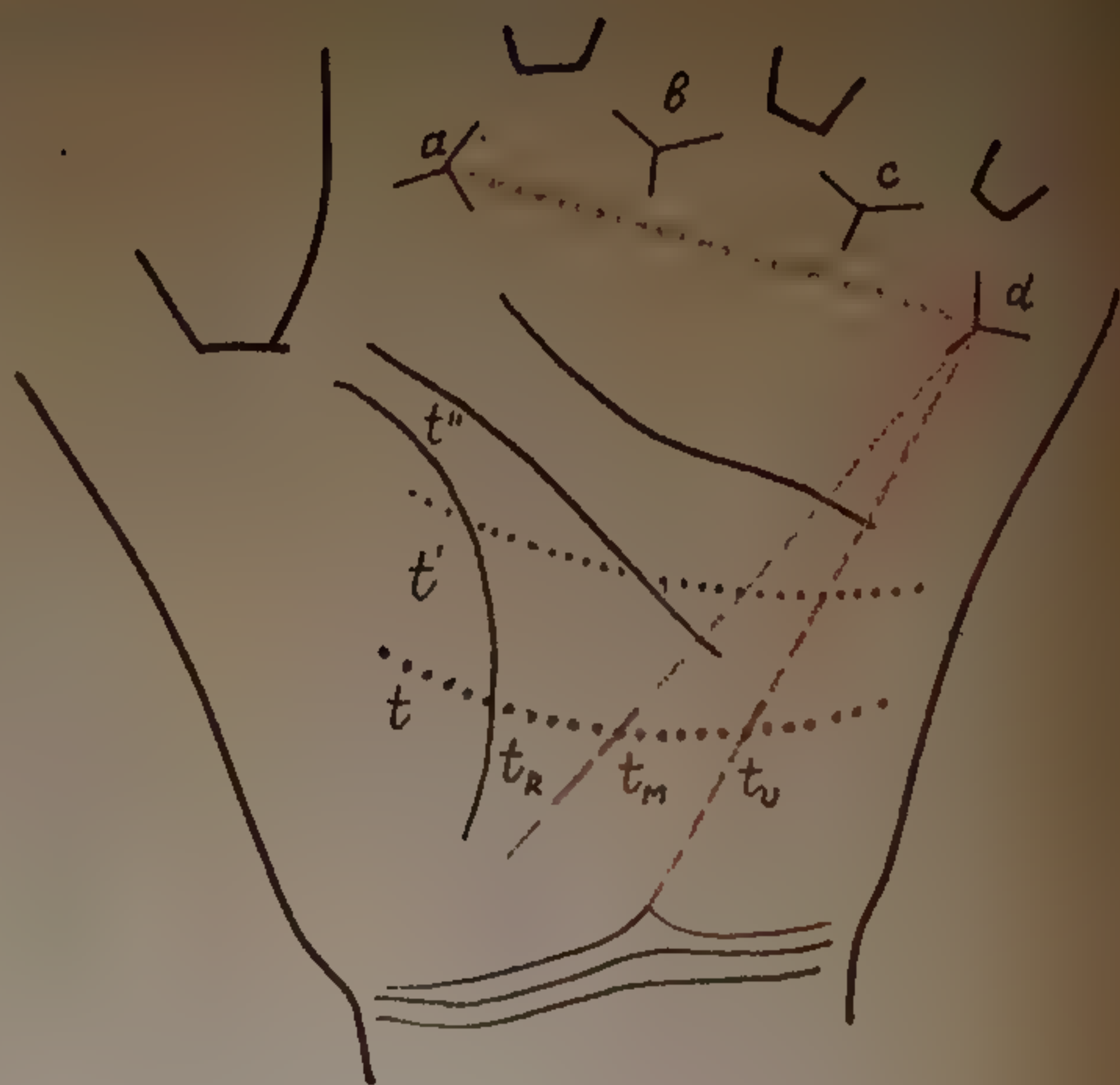
культета «Твое здоровье»). Отсутствие трирадиуса обозначается знаком нуль («0»), а когда карпальный трирадиус не выражен и гребешки (микрорельеф) тенара и гипотенара расходятся, как бы образуя трирадиус, такой рисунок обозначается символом «Р» (от английского слова «разделенный»).

Если же угол atd равен 41° — 60° , осевой трирадиус становится промежуточным и обозначается буквой с одним штрихом («t'»), а если больше или равен 61° — центральным, что обозначается двумя штрихами («t''»). Л. Пенроуз (1963), обследуя детей с болезнью Дауна, выявил у них такое расположение осевого трирадиуса на ладони, которое оказалось гораздо выше обычного расположения центрального — угол atd составил 108° (!). Обозначать его приходится как «t'''».

В различных комплексах стигм (дерматоглифических особенностей), сочетаний их дистальное смещение осевого трирадиуса наблюдается и при хромосомных болезнях, и при врожденных пороках сердца, и при аномалиях развития матки (и влагалища), при пороках развития почки, и при таких заболеваниях, как изменение функции околощитовидных желез (псевдогипопаратирозидизме). Все это свидетельствует о важности поиска корреляций между дерматоглифическими особенностями и требующими ранней диагностики заболеваниями, для тестирования (с целью скрининга), лиц, относящихся к группам риска.

В этой связи, быть может, определенный интерес могла бы представить схема проекций внутренних органов на ладонной поверхности (по Ф. Б. Кандарову), приведенная на развороте (страница 49). Так, по крайней мере в отношении мочеполовой системы, проекционные зоны на ладони совпадают с областью гипотенара, в которой дерматоглифологи находят признаки, коррелирующие с аномалиями развития матки, влагалища и почки, (аплазия — отсутствие ее). При этой врожденной патологии осевой трирадиус «t» имеет не только дистальное смещение, но и боковое, располагаясь по наружному краю центральной части гипотенара, причем на одноименной отсутствующей почке стороне (А. Курбанова и др., 1982). А область гипотенара совпадает с проекцией органов мочеполовой системы по Ф. Кандарову (сравните приведенную здесь схему проекций и ладонную карту в № 1/89).

Боковые смещения осевого трирадиуса «t» определяются так же, как и пальцевого трирадиуса, — с помощью градуировки на ладонной карте. Было предложено (А. Каскас, 1965) определять величину угла adt (показан на рисунке в тексте).



Если этот угол равен или меньше 75° , осевой трирадиус «t» смещен в сторону большого пальца (радиально) и обозначается «t_R». Если же adt составляет 76° — 85° , это означает, что смещенный трирадиус занимает срединное положение и обозначается «t_M» (media — середина). А когда угол больше или равен 86° , это соответствует смещению осевого трирадиуса в область гипотенара, т. е. в ульнарном направлении («t_U»). Известно, что особенно четко боковое смещение осевого трирадиуса наблюдается при такой болезни, как тетрада Фалло. А. Каскас (1965) выявил при врожденных пороках сердца оба боковых смещения осевого трирадиуса — радиальное и ульнарное. Дерматоглифические исследования могут быть использованы как диагностический метод и при заболеваниях других органов и систем.

Конечно, речь идет о клинической значимости комплекса характерных особенностей — их изменений, которые могли бы служить признаками для дерматоглифического тестирования. В числе их и явление кожной исчерченности («белые линии»), о котором будет рассказано отдельно.

Также хироман призна значения рассматривающих пу (знаки хирогно, терпрет, мантии, прежде, гномиче, призна, рактору, мантии,

Если от само, что, хо, кисть с, тание, ма пал, предста, утверж, мии (уч, ко, отн, ческая, ния н, исходя, нискол, денных, книге (изд. 1910).

на рис, ные т, ме Д, XIX ве, (1), (3), п, психич, практи, рук вс, ны ком, ных т, мическ, вдумат, видя (В. А.

Пон, форм, поняти, черты, замеча, указы, рактер, жень, рука

Также и в искусстве «чтения руки» — хиромантии интерпретация отдельно взятых признаков приобретает диагностическое значение лишь в том случае, когда они рассматриваются в комплексе. В предыдущих публикациях было рассказано о буграх и линиях на кожном рисунке ладони (знаки будут представлены отдельно), о хирогномических типах пальцев. Но вот интерпретация описанных признаков в хиромантии ведется в совокупности, с учетом прежде всего того, что называется хирогномическим типом руки. **Какие же внешние признаки, относящиеся к здоровью и характеру индивидуума, выявляются в хиромантии, когда речь идет о формах рук?**

Если проследить развитие руки у ребенка от самого рождения, то можно заметить, что, хотя она и увеличивается постепенно, кисть сохраняет свое первоначальное очертание, не изменяется принципиально и форма пальцев, лишь только большой палец представляет исключение из этого правила, *утверждается в руководствах по хирогномии (учении о формах рук)*. «Этим мы, однако, отнюдь не хотим сказать, будто физическая работа не оказывает никакого влияния на руку. Напротив! Но все происходящее вследствие того изменения в руке несколько не изменяют ее типа и прирожденных линий», пишет Гр. Ф-т в своей книге «Как узнать характер человека» (изд. 4-е. — Полезная библиотека. — Спб., 1910).

На иллюстрации (страница 48), а также на рисунке в тексте представлены основные типы рук, которые, согласно системе Д'Арпантины, появившейся в начале XIX века, получили названия элементарной (1), лопатообразной (2), артистической (3), практической (4), философской (5), психической (6) и смешанной (7). Хотя на практике эти резко разграниченные типы рук встречаются чрезвычайно редко (обычны комбинации двух или нескольких основных типов), знакомство с их хирогномической интерпретацией облегчает попытку вдуматься в характер отдельного человека, видя в нем нечто цельное и единое (В. А. Вреде, 1927).

Понимание красоты или нормальности формы руки относительно так же, как и понятия положительная или отрицательная черты характера, пишет далее В. Вреде, замечая, что в общем случае левая рука указывает на наследственные задатки, характерные свойства и возможности, заложенные от рождения, в то время как правая рука показывает, что человек со всем этим

сделал по своей воле и под влиянием внешних обстоятельств.

Но может быть и так, что в них отражается состояние внутренних (парных) органов одноименной стороны. Например, если прижать большой палец к ладони, на тыльной стороне между ними обычно выделяется мускулистая подушечка («мышка»), и нажимая на нее пальцем, судят о ее развитии: у лиц со здоровыми и сильными легкими она велика, тверда и эластична, а слабая «мышка» может указывать на слабые легкие, свидетельствует В. Вреде. «При этом верхняя часть «мышки» (ближе к пальцам) соответствует верхней части легких, а нижняя — нижней; «мышка» правой руки — правому легкому, «мышка» левой руки — левому».

В различных руководствах по хиромантии **основные типы рук**, при всем разнообразии их систематизации, интерпретируются сходным образом.

Элементарная рука. В своем наиболее ярком проявлении, встречающемся довольно редко, это широкая и толстая, грубая и жесткая ладонь с неповоротливыми толстыми, как бы притупленными короткими пальцами (отогнутый несколько назад большой палец оканчивается почти у основания указательного). Такая рука — нелестное свидетельство об умственном развитии человека, в ком можно подозревать преобладание животных инстинктов, слабое, ленивое воображение, при всей впечатлительности и даже чувствительности натуры. Замечено, что люди с элементарной рукой, хотя и не предъявляют к жизни особых требований, как только лишаются поддержки, впадают в депрессию и склонны опускаться, нуждаются в утешении.

Лопатообразная рука. Обыкновенно большая, как и большой палец, развитость которого свидетельствует о решимости и самосознании. Характеризуется лопатообразными пальцами, концы которых как бы раздавлены — шире, чем нижележащая часть. Во владельце такой руки ремесленник подавляет художника, преобладает способность применять знания, ему присущи практический ум, прилежание, любовь к деятельности. К жизни он предъявляет больше требований, преклоняясь перед всем грандиозным и внушительным, отличается верностью и постоянством в любви, хотя бы по привычке и чувству долга. Гладкие пальцы указывают на любовь к комфорту и блеску, когда они достаточно рациональны. Среди обладателей большой массивной руки, производящей впечатление ло-

мало, немало людей с причудами, неумением в реализации собственных идей, желаний.

Артистическая рука. Это отнюдь не рука знаменитого артиста. Но владельцу чисто артистической руки свойственно вдохновение, чувство у него обыкновенно преобладает над рассудком, на него действует прежде всего форма, внешность. Не привыкший вдумываться в явления, он довольствуется внешней стороной жизни, в мечтах о творческой свободе постоянно ищет новые знакомства, стремится к перемене мест, неумерен в наслаждениях.

Последнее находит свой крайний предел в так называемой *руке удовольствий*, которая грубее чисто артистической руки (пальцы ее толще, ногти грубее и лишены изящности очертания) и характеризует натуру эксцентричную, расточительную, склонную ко лжи, мишурному блеску, живущую только ради удовлетворения собственных потребностей.

Чисто артистическую (коническую) руку отличают заостренные пальцы с продолговатыми (миндалевидной формы) ногтями.

Практическая рука. Обыкновенно средней величины (большой чаще, чем малой) с *прямоугольными (четырехугольными)* узловатыми пальцами и сильно развитыми суставами (*фалангами — анатомически*) и большим пальцем, ладонь несколько вогнута, довольно жесткая. Обладателям такой руки свойственны те черты характера, которых так недостает человеку с артистической рукой. Этот тип весьма распространен, люди с такими руками склонны к организаторской и регулирующей деятельности, отличающаяся выдержкой, терпением и настойчивостью, любовью к порядку и приличию. Их сильному, энергичному духу недостает свободного размаха, они не понимают, что значит *действовать под влиянием чувства*, такие люди предпочитают *реальное идеальному, ум и талант — блестящей внешности, доброе — красивому, а полезное — и тому и другому*.

Обладатель такой руки может быть образцовым служащим, хотя и строгим, педантичным бюрократом, умеет поставить себя там, где нужно подчиняться и подчинять, предпочитает привилегии неограниченной свободы и всегда готов подчиниться авторитетам, подчеркивается в книге Гр. Ф-та (1910). «Несмотря на то, что обладатели практического типа рук не одарены той независимостью и добросовестностью, которые свойственны владельцам лопатообразных рук, все же можно сказать, что *узловатые руки управляют миром*».

Философская рука. Характеризуется кистью большой или средней величины, узловатостью обоих суставов пальцев, ногтевая фаланга *полуконической* формы — *па-лицеобразна*, а обе фаланги длинного большого пальца — почти одинаковой величины (*сила суждения и сила воли уравновешены*). Обладатель такой руки предпочитает *неприкрашенную действительность* привлекательной иллюзии, интересуется более *причиной явления*, чем голым фактом, ценит *истину* выше красоты, *сущность* предпочитает форме. *Узлы на пальцах* указывают на способность обстоятельно взвешивать и точно рассчитывать, *конусообразное заострение пальцев* — на любовь к поэзии, понятие красоты, а в соединении с характеристикой *большого пальца* все это означает склонность к философии и метафизике.

Философский тип руки встречается везде, но нигде не преобладает, и если обладателей *практических* и *лопатообразных* рук поглощают *практические* мысли и интересы, *артистической* — *отвлеченная идея и красота (искусство)*, то людей с философским типом занимают *анализ и синтез*. Только чисто *артистические* натуры им несимпатичны, остальных они способны понять и оценить. Напротив, обладатели других типов понимают лишь людей своего типа.

Психическая (духовная) рука. Присуща *аристократизму характера* ничуть не меньше, чем *кровному аристократизму — породистости*. Это маленькая, тонкая, нежная рука с *гладкими*, стройными пальцами, довольно длинными и *заостренными* ногтевыми фалангами, с хорошо сформированным, но *узким* большим пальцем. Обладателей этого типа руки характеризует феноменальная непрактичность, неискушенность и неспособность постоять за себя в жизни, пренебрежение ее материальной стороной, созерцательность и идеализация действительности.

Руководствуясь высшими духовными идеалами, они *правдивы и верны, доверчивы*, испытывают глубокую потребность в *любви и свободе, в красоте, чувствительны, мягки* в обхождении, часто остаются *непонятыми* даже близкими, порой *безысходно запутываются* в жизни. И чем *уже ладонь у основания пальцев*, тем *оригинальнее* натура ее владельца.

Смешанная рука. Встречается у подавляющего большинства людей, соединяя в себе признаки по меньшей мере двух каких-либо типов, поэтому легко принять, например, за *артистическую* — руку коническо-элементарную, а *философскую* — за

Смешанн

высокор
артисти
тель см
теми ка
ным осн
щие тип
ные, чем
то сме
более ра
сти.

Идеал
ния, же
ствующа
совать т
такие ру
когда н
Замечен
вивают
торые от
сти и
ментом,
ки. Все
интерпр
так и к
казывает
ется нек
чается
Рассмот
Гр. Ф-та



Смешанный тип (7)

высокоразвитую практическую, и таковую артистическую — за психическую. Владелец смешанной руки понемногу одарен теми качествами, которые присущи исходным основным типам. Если люди, обладающие типичными руками, имеют скорее сильные, чем разносторонние черты характера, то смешанный тип руки указывает на более разносторонние интересы и способности.

Идеальна, с хирогномической точки зрения, жесткая и гибкая кисть, свидетельствующая о деятельном уме, умении согласовать теорию с практикой; и сколько бы такие руки не работали физически, они никогда не становятся заметно твердыми. Замечено также, что люди обыкновенно развивают те наклонности и способности, которые отвечают особенностям в форме их кисти и пальцев, сообразно с темпераментом, отражающимся в общем складе руки. Все описанные выше хирогномические интерпретации относятся как к мужской, так и к женской руке. Однако практика показывает, что женская рука отличается некоторыми особенностями, как замечается в руководствах по хиромантии. Рассмотрим их согласно руководству Гр. Ф-та (1910).

Не надо быть хирогномом, чтобы отличить руку женскую от мужской, утверждается в руководстве: она нежнее, слабее и пальцы на ней глаже, редко развиты на них узлы. Женщины с такими руками более способны к работе, требующей воображения и быстрого усвоения, нежели последовательного рассуждения. Однако если на пальцах заметны узлы, несомненно хорошие умственные способности и более умеренная впечатлительность. Обладательницы рук с крупным большим пальцем отличаются рассудительностью и ясным умом, любят более рассудком, чем чувством, а потому отличаются большим постоянством, чем другие женщины, склонны к изучению наук. Напротив, у женщин с коротким большим пальцем чувственность преобладает над умом, и если они даже не отличаются особой красотой, то все же мужчинам они нравятся больше благодаря своей женственности.

«Маленькие, нежные и гибкие, розового цвета женские руки, если даже узлы на пальцах заметно выражены, указывают на живость характера, остроумие и требовательность; женщины с такими руками презирают сентиментальных, вздыхающих по ним обожателей; им может понравиться только мужчина, отличающийся умом, остроумием и неиссякаемым запасом веселья. Женская рука с сильно развитой кистью, с конусообразными пальцами и коротким большим пальцем характеризует способность к риторике и логике; таких женщин могут увлечь только люди, обладающие даром увлекательно говорить. Узкая, упругая кисть с нежными, слабо заостренными пальцами и коротким большим пальцем бывает у женщин, которых легче покорить силою чувств, чем силою ума; они легко увлекаются; набожны, мало заботятся о мнении света, легкомысленны».

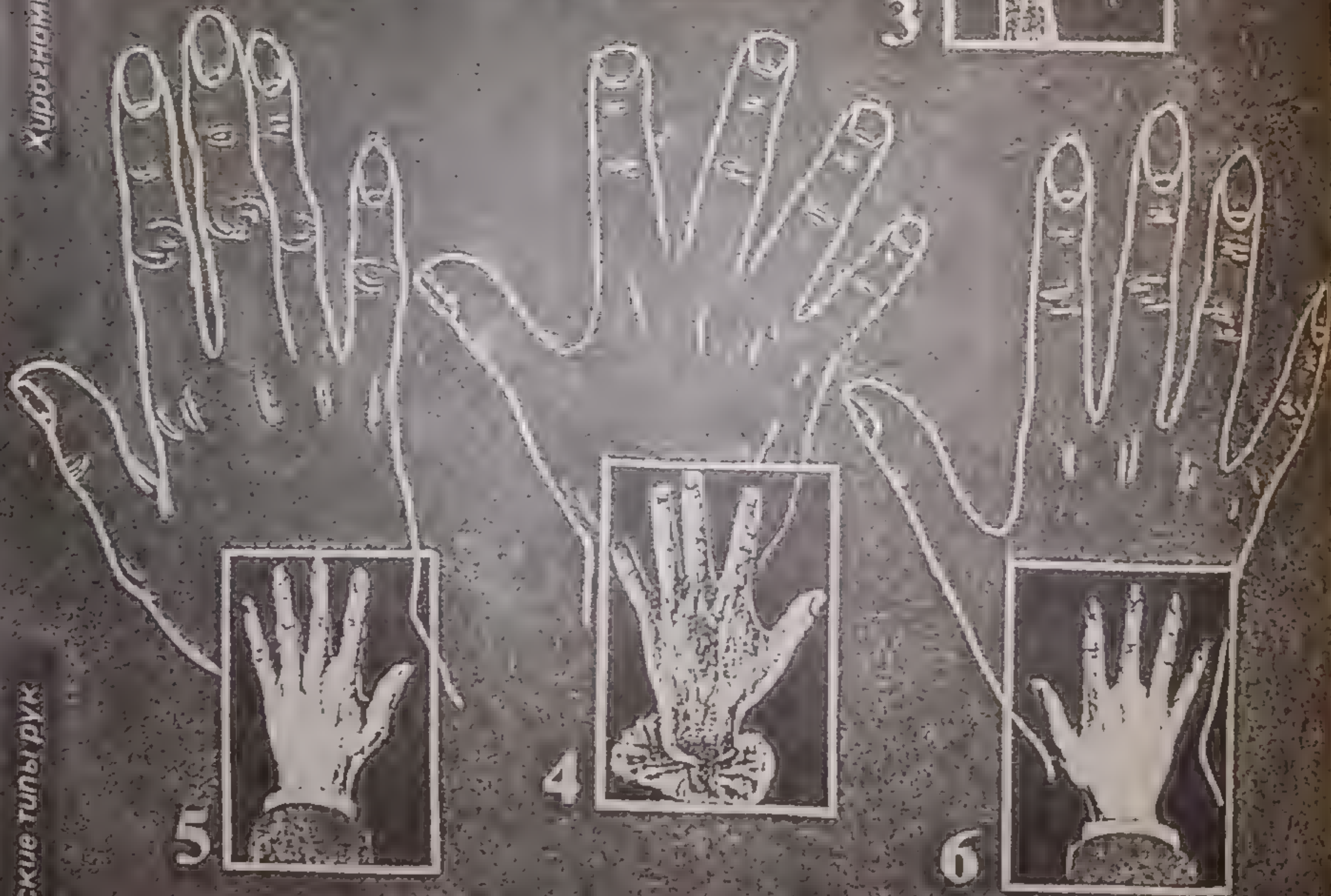
Предостерегая от категоричности выводов, сделанных только лишь на основании формы руки, авторы руководств по хиромантии отсылают к описанию знаков на ладони (положительных и отрицательных), которые наряду с буграми и линиями играют важную роль в совокупной интерпретации всех признаков. И все же, говоря о форме руки как таковой, полезно вспомнить, что еще в старину повитухи — домашние акушерки — считали неблагоприятным признаком у роженицы сочетание узкой ладони (предвещавшей затяжные роды) с верхней браслетной линией, посередине резко изогнутой вверх, в сторону пальцев.

(Продолжение следует)

ВЧЕРА



Хиросномические типы рук



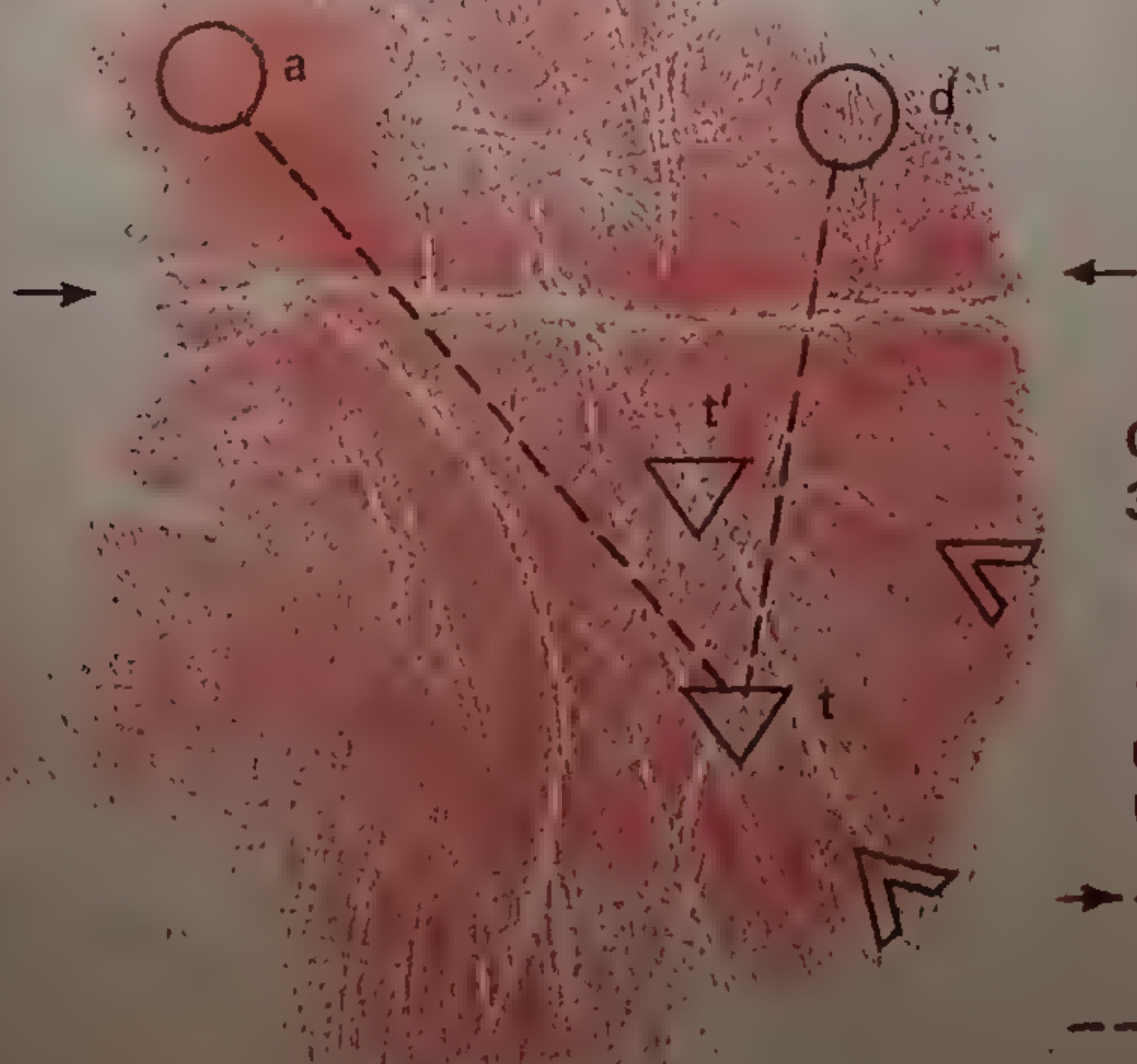
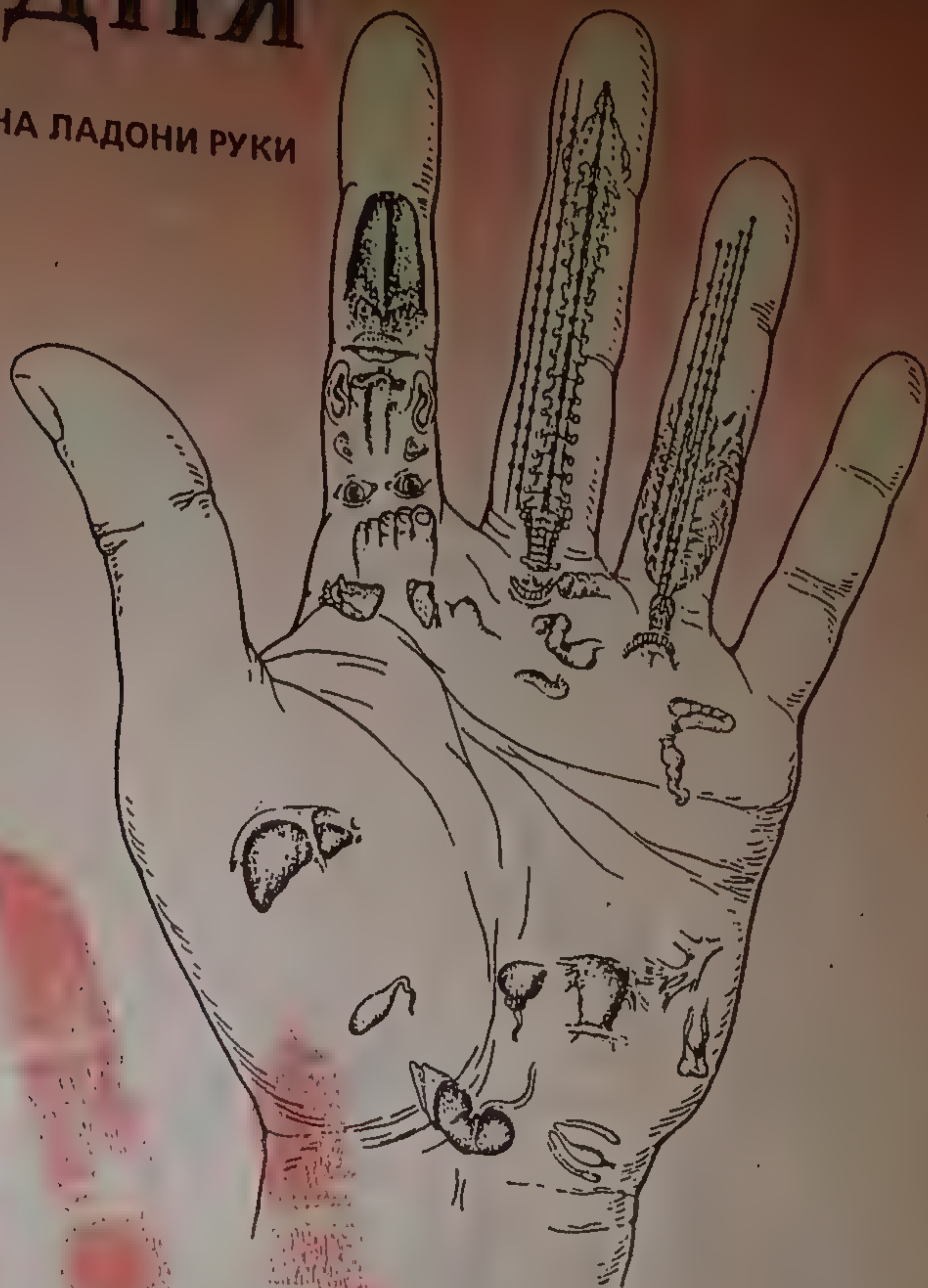
Хиросномические типы рук

ВЗГЛЯД

НА КОЖНЫЙ РИСУНОК РУКИ

ПРОЕКЦИЯ ОРГАНОВ НА ЛАДОНИ РУКИ

ПРОЕКЦИЯ ОРГАНОВ НА ЛАДОНИ РУКИ



○ — пальцевые трирадиусы —
a, d;

▽ — осевые трирадиусы — t, t' ;

➤ – петлевой рисунок на гипотенаре;

→ ← — четырехпальцевая поперечная борозда ;

--- угол α и d (47°)



ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

Тем, кто не успел подписаться на первое полугодие текущего года, сообщаем что предыдущие выпуски факультета «Твое здоровье» можно найти в библиотеках нашей страны, ориентируясь на следующие выходные данные:

Родителям — о здоровье и болезнях детей (выпуск 1).— М.: Знание, 1989.— 96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 1). ББК 57.3; Р60; ISBN 5-07-000148-5

Работоспособность, возраст, здоровье (выпуск 1).— М.: Знание, 1989.— 96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 2). ББК 53.54; Р13; ISBN 5-07-000478-6

Между здоровьем и болезнью (выпуск 1).— М.: Знание, 1989.— 96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье», № 3). ББК 51.2 М43; ISBN 5-07-000149-23

В аннотированных карточках дается краткое содержание каждого выпуска. Выпуски иллюстрированы.

На вз
наше вр
зумие, к
ния пиш
себе слу
веществ
что, пита
жен заб
не об у
или гас
что мож
ных бал

Утвер
жить, а
таться!
век мож
тельно п
ношении
завидова
жившим
щей при
дится по
туру, тр
числа фа
ганизм
наше вре
но обосн

Прави
означает
ватное с
ровья, и
ным пот
жит гара
ния здор
новые п
ватного

Потрес
пищевых
возрасто
ности че
виями, ф
частности
лактация
одной сто
ценности

И. Березин

ЧТО ЕСТЬ «НА ЗДОРОВЬЕ»?

На взгляд диетолога, многие люди в наше время теряют всякое благоразумие, когда дело доходит до потребления пищи и напитков. Питание само по себе служит цели поддержания обмена веществ в организме, но значит ли это, что, питаясь, человек всякий раз должен заботиться об обмене веществ, а не об удовлетворении чувства голода или гастрономических запросов? Да и что может знать неспециалист о подобных балансах в своем организме?

Утверждаю, надо питаться, чтобы жить, а не для того жить, чтобы питаться! Удовлетворение от пищи человек может получить и соблюдая тщательно продуманный рацион. В этом отношении мы, быть может, могли бы позавидовать и нашим далеким предкам, жившим «ближе» к своей и окружающей природе. Теперь же во всем приходится полагаться на современную культуру, требующую учета все большего числа факторов, воздействующих на организм человека. Культура питания в наше время развивается на основе научно обоснованных принципов.

Правильное питание с этих позиций означает питание рациональное, адекватное образу жизни, состоянию здоровья, иными словами, индивидуальным потребностям человека. Оно служит гарантией поддержания и сохранения здоровья. Перечислим вкратце основные принципы рационального адекватного питания.

Потребность организма в основных пищевых ингредиентах определяется возрастом, полом, характером деятельности человека, климатическими условиями, физиологическим состоянием (в частности, у женщин — беременность, лактация у кормящих матерей и др.), с одной стороны, и общей энергетической ценностью пищи, с другой.

Требования к сбалансированности питания определяются оптимумом в соотношении потребляемых пищевых веществ — белков (Б), жиров (Ж), углеводов (У). При составлении суточного рациона достигается также сбалансированность его и по ряду таких показателей, как аминокислотный состав, соотношение насыщенных и ненасыщенных жирных кислот, витамины, минеральный состав и др. Согласно формуле сбалансированного питания (по А. Покровскому), если принять 100 г белка за единицу, то оптимальное соотношение Б:Ж:У (по весу) должно быть как 1:1,4, при занятости тяжелым физическим трудом — 1:1,3:5. При малоподвижном образе жизни (например, у работников учреждений, кабинетных «затворников») — 1:1,1:4,1.

Распределение пищевого рациона на протяжении суток (по энергетической ценности, составу и массе). Это так называемый режим питания, соблюдение которого особенно важно, ибо нарушение его систематическое ведет к возникновению хронических заболеваний желудка и кишечника у многих людей. Редко кто отдает себе отчет в том, что самые различные недомогания, а не только запор и головные боли могут быть связаны с неправильным режимом питания. Не все еще убедились, что правильный режим питания начинается с соблюдения регулярности стула, а способствует ему опять же правильный режим. Регулярный стул — лучшее и очевидное свидетельство тому, что пищеварительные функции организма в норме.

Разнообразие продуктов и блюд в рационе — еще один принцип рационального адекватного питания. Однако не следует увеличивать объем завтрака, не рекомендуется излишний прием жидкости, не стоит употреблять жидкое

первое блюдо на завтрак. Если на обед съедается объемное первое блюдо, его сочетают с небольшими порциями вторых блюд, чтобы не перегружать желудок. Полезны сочетания овощных блюд с крупяными. Следует избегать тонизирующих напитков во время ужина, это ведет к возбуждению нервной системы, что не рекомендуется незадолго перед сном.

КАК НЕЛЬЗЯ ПИТАТЬСЯ

Рассмотрим наиболее распространенные ошибки в питании людей среднего возраста (исключая беременных и кормящих женщин, лиц, занятых тяжелым физическим трудом — грузчиков, спортсменов и т. п.), а также пожилого возраста. Речь идет о несбалансированности питания по основным показателям.

Энергетический дисбаланс. Самая распространенная ошибка — превышение общей калорийности пищи над энергетическими затратами организма.

Дисбаланс жирового компонента пищи. Потребляемое количество жиров превышает 30—35 % суточной калорийности пищи (при норме 25—30 %). Преобладают жиры животного происхождения (при дефиците в пище растительного масла — отношение ненасыщенных жирных кислот к насыщенным ниже 0,5), нарушаются важнейшие особенности жирно-кислотного состава пищи: Увеличенное потребление холестерина (более 500—600 мг в сутки). Дефицит липотропных веществ в рационе — холина, метионина, фосфолипидов, стерина, лецитина и других (содержащихся в таких продуктах, как овсяная крупа, творог, треска и др.).

Дисбаланс углеводного компонента пищи. Увеличение доли рафинированных простых углеводов — более 50 г в сутки, снижение потребления трудно перевариваемых пищевых волокон, комплексных и сложных углеводов — ниже 20 г в сутки.

Дисбаланс белкового компонента пищи. Потребляемое общее количество белка (растительного и животного) превышает 1,2 кг на 1 кг массы тела в суточном рационе. Преобладание

белков животного происхождения в пище (более 50 %), дефицит аминокислот метионина и цистеина, глутаминовой кислоты, аспаргиновой кислоты, глицина. Нарушение баланса лизина — аргинин в потребляемой пище.

Дисбаланс витаминного компонента пищи. Недостаточность в рационе витаминов групп А, В, С, фолиевой кислоты, каротиноидов, токоферола, холина, что ведет к скрыто протекающим гиповитаминозам.

Дисбаланс минерального компонента пищи. Недостаточность в рационе кальция, дефицит магния, железа, цинка, марганца, меди. Злоупотребление поваренной солью — более 5 г и даже 10 г в сутки.

Наиболее распространенные нарушения режима питания. Редкие, но обильные приемы пищи (реже 3 раз в день). Слишком быстрое поглощение пищи, плохое ее пережевывание. Питание нерегулярное, с избыточным приемом пищи в вечернее время (после 21 часа).

Неправильное приготовление пищи. Жарение на сливочном масле и других животных жирах (вместо того чтобы добавлять их в готовую пищу, а жарить на растительном масле). Увлечение жарением (хотя отказаться от такого способа приготовления пищи вполне возможно, лучше запекать в духовом шкафу, тушить, варить).

Недостаточное потребление сырых овощей, фруктов, свежей зелени — они должны быть на столе круглый год! Иначе их место занимают мучные изделия, сладости, молочные продукты повышенной жирности.

Недостаточная осведомленность населения. О том, как конкретно составить суточный рацион на каждого члена семьи, неумение и незнание возможностей учета в рационе особенностей питания, связанных с возрастом, состоянием здоровья, нагрузкой на работе и в быту либо ее отсутствием. Вероятно, в ближайшее время с развитием компьютеризации в быту появятся программы для домашних персональных компьютеров, чтобы помочь хозяйке дома не только экономно и разумно вести питание семьи, но и добиться адекватности суточного рациона

для каждого члена семьи с учетом индивидуальных особенностей.

детям надо предоставить отдых в постели на 1,5—2 часа.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ ВЗРОСЛЫМ

О режиме питания лиц, занятых физическим трудом. Суточная калорийность рациона составляет 3600—4000 ккал. Распределение суточного рациона: завтрак — 25 %, второй завтрак — 10, обед — 35 и ужин — 30 %.

О питании людей умственного труда. Умеренное, полноценное, несколько ограниченное в количественном отношении питание, сохраняющее пищевую и биологическую ценность. Ограничение потребления животных жиров и рафинированных углеводов.

Питание 4-разовое: завтрак — 25 % суточной калорийности, обед — 35, полдник — 10 и ужин — 25 % (обед на работе). Если обед дома, то: 1-й завтрак — 20 %, 2-й завтрак — 25, обед — 35 и ужин — 20 %.

О питании в пожилом и старческом возрасте. Энергетическая ценность пищевых рационов для людей в возрасте после 50 лет составляет в среднем 2500—2600 ккал. В возрасте 60—74 лет (мужчины) — 2300 ккал, женщины — 2100 ккал. Для мужчин выше 74 лет — 2000 ккал, женщин — 1900 ккал.

Супы — вегетарианские, блюда — вареные и тушеные. Важно сохранять антисклеротическую направленность пищевого рациона.

Питание беременных женщин

Питание беременных только молочно-растительной пищей нерационально, так как организм при этом не получает в достаточном количестве полно-

Режим питания школьников: завтрак 7.30—8.00. 2-й завтрак в школе 11.00—11.20. Обед 15—15.30. Ужин 19—19.30.

Во время пребывания на уроках в школе энергозатраты учащегося обычно составляют не более 600 ккал. Поэтому школьный завтрак составляет от общей калорийности суточного рациона 12—15 %.

Не рекомендуется перегружать меню детей избыточным количеством жирной пищи, мучными изделиями, сладостями. Лук, петрушку, укроп, сельдерей следует добавлять в первые блюда для улучшения вкуса (2—3 г на порцию). Очень полезны овощные блюда.

Большое значение имеет правильно организованный питьевой режим ребенка. Дети, особенно младшего возраста, очень тяжело переносят ограничения в питье. Потребность детей в воде выше, чем взрослых людей. Не следует утолять жажду в жаркое время года сразу большим количеством воды: лучше по несколько глотков через 10—15 минут.

Особое внимание необходимо уделять питанию детей в летний оздоровительный период. Двигательная активность детей летом значительно повышена, вследствие чего у них усиливается обмен веществ, увеличивается потребность в пище. Учитывая повышение расходования детьми энергии летом, энергетическую ценность рациона следует повышать на 10—15 %, больше включать в него белков, углеводной и витаминной пищи (молочных продуктов, свежих овощей, фруктов, ягод, зелени).

Поскольку усталость отрицательно влияет на выделительные функции пищеварительных желез, дети должны отдыхать перед приемом пищи после прогулки и походов.

Для детей, оздоравливающихся в пионерских лагерях, детских учреждениях, энергетическая ценность рациона распределяется следующим образом: завтрак — 25 %, обед — 40, полдник — 15 и ужин — 20 %. После обеда



ценных белков и жиров, необходимых для роста матки и развития плода. Молоко (вместе с молочнокислыми продуктами) в суточном рационе составляет от 0,8 до 1—1,2 л. Молоко лучше заменить сметаной. Полезно есть нежирное мясо (120—200 г в день) и рыбу (150—260 г в день). Общая энергетическая ценность суточного рациона должна составлять 3100—3400 ккал.

Во второй половине беременности во избежание отеков необходимо уменьшить прием жидкости до 4—5 стаканов в день. С этой же целью нежелательно употреблять соленые, острые, пряные блюда. *Возрастает потребность в белках, витаминах и минеральных веществах*, поэтому во второй половине беременности рацион питания строится из расчета введения в организм ежедневно до 2 г белка и 1,5 г жиров на 1 кг массы тела. Важно также увеличить энергетическую ценность суточного рациона на 300—500 ккал, а потребления кальция довести до 2 г в сутки.

Беременным категорически запрещено употребление водки, вина, пива и других алкогольных напитков, которые оказывают вредное воздействие не только на организм женщины, но и на плод, проникая в его кровь через плаценту.

Прием мяса во 2-й половине беременности необходимо ограничить до 3—4 раз в неделю, хотя рыбу в отварном виде можно употреблять чаще: Супы на мясном бульоне только 1—2 раза в неделю. *На последнем месяце беременности мясо следует есть не чаще 2 раз в неделю или полностью заменить его рыбой.* Один раз в неделю рекомендуется яичное блюдо. Беременным очень полезны овощи, фрукты и соки. Хлеб из грубого помола, блюда из овсяной и гречневой круп (обеспечение витаминами группы В).

Не допускать переедания. Лучше всего питаться 5—6 раз в день. *Рекомендуется 25—30 г растительных масел в день*, так как они содержат ненасыщенные жирные кислоты и токоферол ацетата, последний предупреждает срыв беременности.

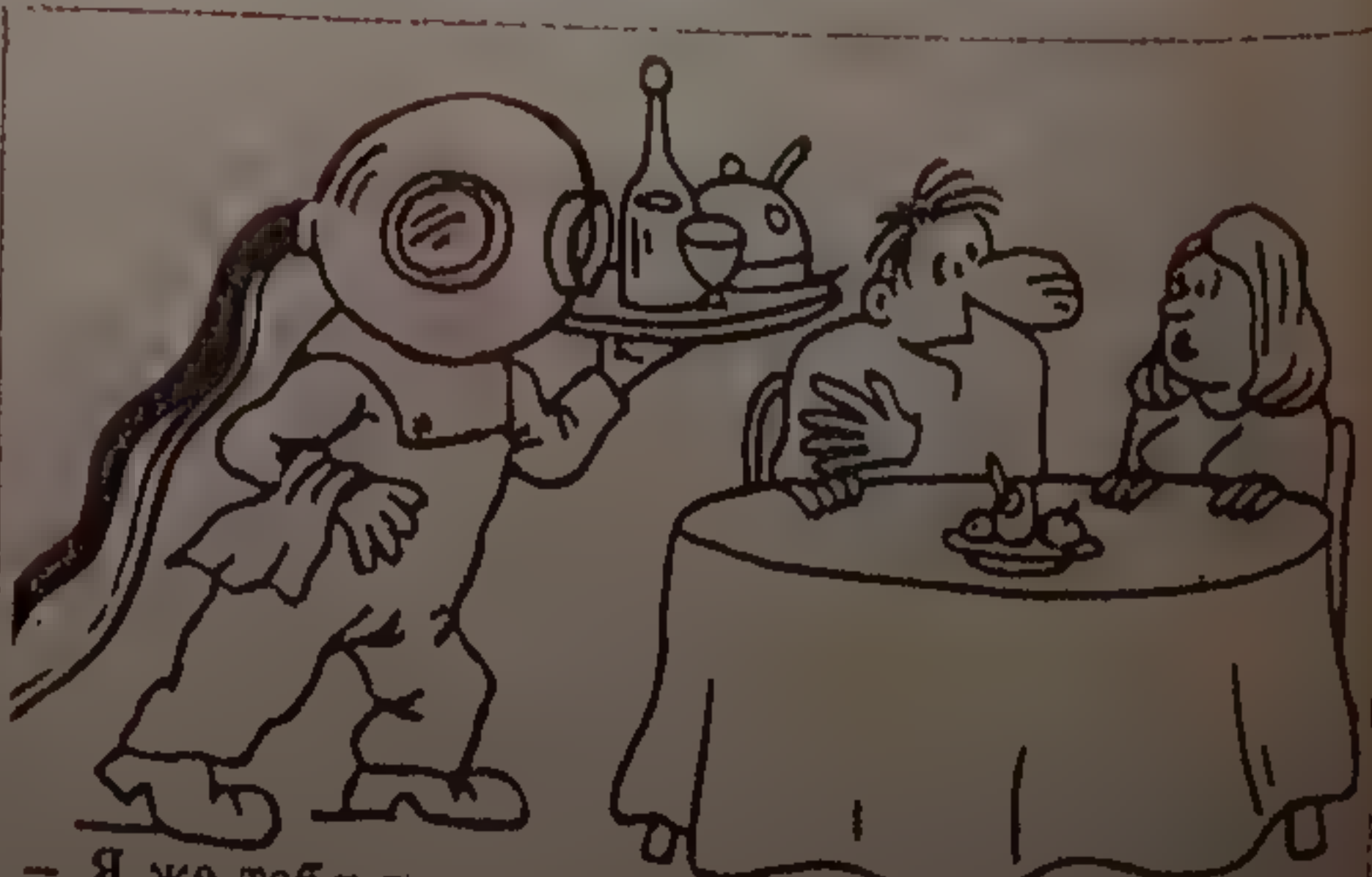
ЧТО НАДО ЗНАТЬ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ

Суточная калорийность рациона 3500—4000 ккал: белки — 130 г, жиры — 130 г, углеводы — 400—500 г. Эти потребности удовлетворяются за счет ежедневного приема 180—200 г мяса, 50 г творога, 20 г сыра, 50 г масла, 1 яйца, 3 стаканов молока, 800 г овощей, 500 г хлеба.

Кормящая мать должна употреблять не более 2 л жидкости в сутки.

КАК ПРАВИЛЬНО ПИТАТЬСЯ ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ

Конечно, рассчитывать суточные рационы питания, а тем более специальные диеты для оздоровления организма — дело сложное, требующее медицинских и диетологических знаний. Более того, *ценность таких диет проверяется длительным опытом применения*, позволяющим выявить все противопоказания, ибо врачебная заповедь гласит: «*Не навреди!*» Еще сложнее рекомендовать диеты тем, кто хочет избавиться от ожирения, — использовать их можно только под врачебным контролем, постоянно сверяясь с данными о состоянии своего здоровья. Предлагаемые ниже рационы для оздоровления (вариант примерного меню на неделю) и диеты при ожирении (основной вариант и рационы с низкой калорийностью — А, Б, В) проверены длительной практикой их применения. При составлении их были использованы и следующие руководства: «Химический состав



— Я же тебя предупреждал, что сегодня рыбный день.



доровления
на неделю)
вной вари-
калорийно-
длительной
При состав-
и следую-
ский состав

Состав и калорийность рекомендуемых блюд
(р — растительные; м — молочные)

Состав	Вес, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Ккал
1	2	3	4	5	6

Салаты I, Ia

Свекла вареная	100	1,7р	—	10,8	48,0
Яблоки	50	0,2р	—	5,65	23,0
Лимон (1/10 шт.)	5	0,04	—	0,18	1,5
Масло подсолнечное:					
салат I	10	—	9,99р	—	89,9
салат Ia	3	—	2,99р	—	26,9

Итого:

салат I
салат Ia

Морковь
Яблоки
Лимон (1/10 шт.)
Масло подсолнечное

Салат II

80	1,04р	0,1р	5,60	26,4
50	0,2р	—	5,65	23,0
5	0,04р	—	0,18	1,5
5	—	4,99р	—	44,9

Итого:

Капуста
Лимон (1/10 шт.)
Яблоки
Масло подсолнечное:

Салаты III, IIIa

75	1,33р	—	4,07	21,0
5	0,04р	—	0,18	1,5
50	0,2р	—	5,65	23,0
5	—	4,99р	—	44,9
3	—	2,99р	—	26,9

Итого:

салат III
салат IIIa

рациона
130 г, жи-
100—500 г.
поряются за
200 г мя-
50 г масла,
100 г овощей,
на употреб-
сти в сутки.

уточные ра-
более спе-
вления ор-
требующее
ких знаний.
диет прове-
применения,
противопо-
поведь гла-
ложнее ре-
от изба-

1 2 3 4 5 6

Салаты IV и IVa

Свекла вареная	50	2,85р	—	5,4	24,0
Капуста свежая	80	1,44	—	4,32	22,4
Горошек зеленый	15	0,75р	0,03р	2,0	10,8
Масло растительное:					
салат IV	2,5	—	2,5р	—	22,5
салат IVa	10,0	—	9,99р	—	89,9
Лимонная кислота	2,0	—	—	—	—

Итого:

салат IV
салат IVa

Винегреты I (весенний) и Ia

Свекла вареная	30	0,51р	—	3,24	14,4
Морковь вареная	30	0,39р	0,03р	2,1	9,9
Лук зеленый	10	0,13р	—	0,43	2,2
Огурцы свежие	30	0,24р	—	0,9	4,5
Салат зеленый	15	0,22р	—	0,33	2,1
Томаты свежие	20	0,12р	—	0,84	3,8
Масло подсолнечное:					
винегрет I	10	—	9,99р	—	89,9
винегрет Ia	3	—	2,99р	—	26,9

Итого:

винегрет I
винегрет Ia

Винегреты II и IIa

Свекла вареная	50	0,85р	—	5,4	24,0
Морковь вареная	50	0,64р	0,05р	3,5	16,5
Капуста свежая	50	0,3р	—	2,7	14,0
Лимон 1/10 шт.	5	0,04р	—	0,18	1,5
Масло растительное:					
винегрет II	5	—	4,99р	—	44,9
винегрет IIa	3	—	2,99р	—	26,9

Итого:

винегрет II
винегрет IIa

1	2	3	4	5	6
Винегрет III					
Свекла вареная	25	0,42р	—	2,7	12,0
Морковь вареная	25	0,32р	0,02р	1,75	8,85
Капуста свежая	25	0,45	—	1,35	7,0
Лимонная кислота	1,0	—	—	—	—
Масло растительное	5,0	—	4,99р	—	44,9
Итого:	75,0	1,2р	5,01р	5,8	72,15
Суп овощной вегетарианский I					
Картофель	20	0,02р	0,02р	4,92	20,7
Капуста белокочанная	20	0,36р	—	1,08	5,6
Кабачки	20	0,12р	0,06р	1,14	5,4
Морковь	12	0,15р	0,01р	0,85	3,96
Зеленый горошек	15	0,75р	0,03р	2,0	10,8
Зелень (петрушка)	5	0,18р	—	0,4	2,25
Лук репчатый	5	0,1р	—	—	—
Петрушка (корень)	10	0,15р	—	1,1	4,7
Масло растительное	5	—	4,99р	—	44,9
Итого:	250	2,31р	5,01р	11,96	100,46
Суп овощной вегетарианский II					
Картофель	25	0,5р	0,02	4,92	20,7
Капуста белокочанная	20	0,36р	—	1,08	5,6
Морковь	12	0,15р	0,01р	0,85	3,96
Зеленый горошек	15	0,75р	0,03р	2,0	10,8
Лук репчатый	5	0,1р	—	0,47	2,15
Тыква	20	0,2р	—	1,3	5,8
Петрушка (зелень)	5	0,18р	—	0,4	2,25
Петрушка (корень)	10	0,15	—	1,1	4,7
Сметана	5	0,14м	1,0м	0,16	10,3
Масло растительное	5	—	4,99	—	44,9
Итого:	—	0,14м	1,0м	—	—
	—	2,36р	5,05р	12,28	116,9
Борщи I, Ia и Ib					
Свекла	40	0,68	—	4,3	19,2
Капуста	25	0,45р	—	1,35	7,0
Морковь	12	0,15р	0,01р	0,85	3,96
Лук репчатый	5	0,05р	—	0,23	1,07
Картофель	25	0,5р	0,02р	4,92	20,7
Петрушка (зелень)	5	0,18	—	0,4	2,25
Петрушка (корень)	10	0,15	—	1,1	4,7
Мука пшеничная (в I, Ib)	2	0,2р	—	1,4	6,4
Сахар (в I и Ib)	2	—	—	1,98	7,4
Томат-паста	5	0,2р	—	0,95	4,8
Сметана	5	0,14м	1,0м	0,16	10,3
Масло подсолнечное:					
борщ I и Ia	5	—	4,99р	—	44,9
борщ Ib	10	—	9,99	—	89,9
Итого:	—	0,14м	1,0м	—	—
борщ I	250	2,56р	5,02р	17,64	132,7
борщ Ia	—	0,14м	1,0м	—	—
борщ Ib	246	2,36р	5,02р	14,2	118,9
	—	0,14м	—	—	—
	255	2,56р	10,01р	17,64	177,6

пищевых продуктов» (М.: Пищевая промышленность, 1977) и «Справочник по диетологии» под редакцией А. А. Поляковского и М. А. Самсонова (М.: Медицина, 1987).

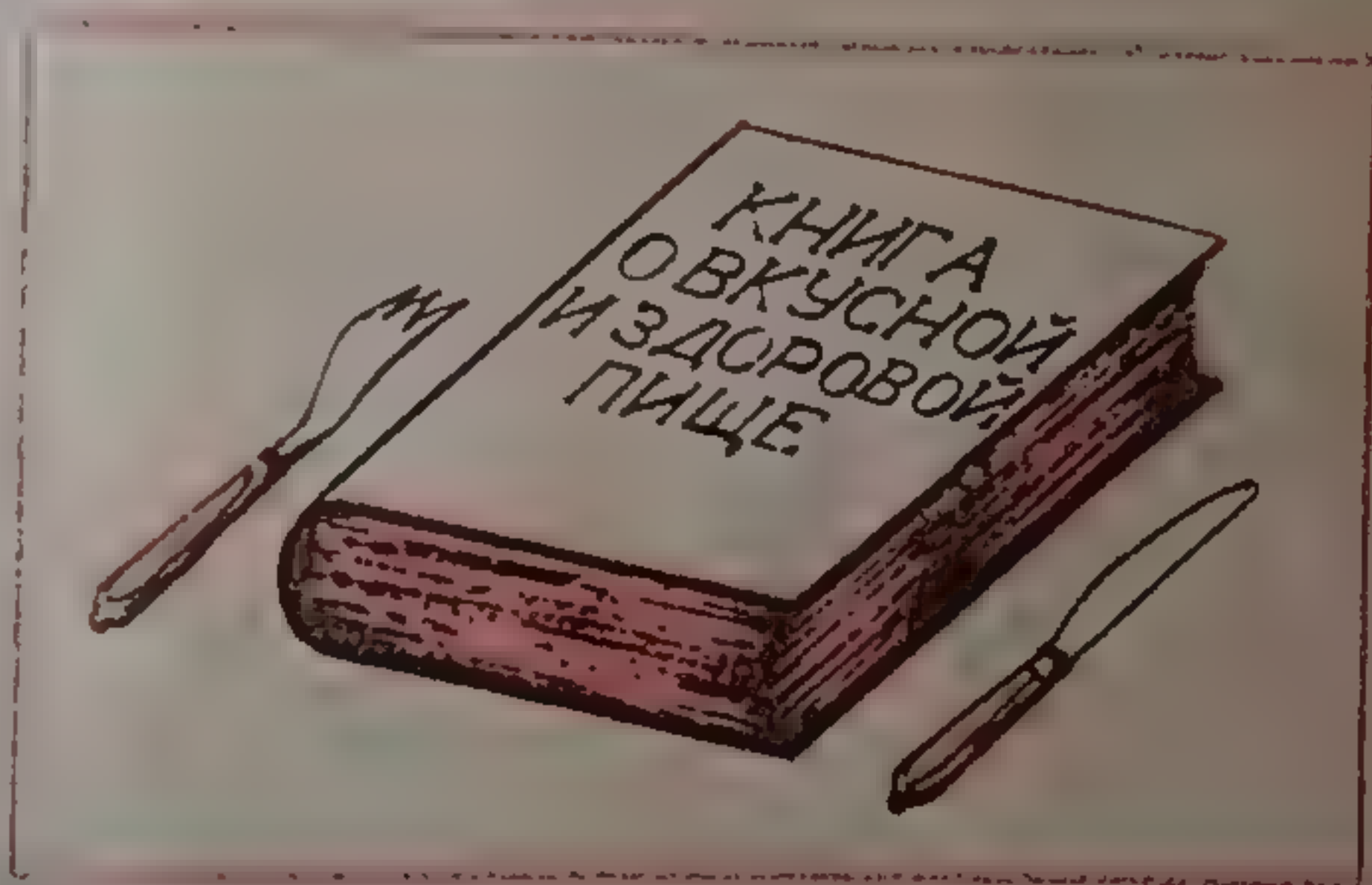
Оздоровления (2141 ккал) можно рекомендовать всем, но вот длительность его непрерывного использования — вопрос, который надо решать с врачом, индивидуально. В принципе так можно питаться всю жизнь, но всегда будет требоваться коррекция рациона на те или иные энергозатраты в связи с изменением состояния здоровья и другими непредвиденными обстоятельствами. Для использования рациона приводится отдельно таблица «Состав и калорийность рекомендуемых блюд», в которой дается расшифровка условных обозначений состава блюд, указанных в примерном меню.

Сложнее обстоит дело с похуданием. Предлагаемая диета при ожирении (основной вариант) обычно достаточна для нормализации веса. Безусловно, длительность ее применения должна контролироваться врачом. Диеты А, Б, В — с низкой калорийностью рекомендуются использовать лишь в качестве толчка к падению веса (массы) в том случае, если основной вариант диеты (1366 ккал) не дает скорого эффекта. Это значит, что варианты диет с низкой калорийностью, например диета А (1284 ккал), используются от 1 до 3 дней (но не дольше — это опасно!) и затем надо вернуться к основному варианту.

Такой толчок обычно приводит к желаемому результату. Нужна лишь постепенность в снижении калорийности рациона: нельзя диету Б (947 ккал) применять с этой целью, не попробовав диету А раньше, а тем более использовать диету В (780 ккал) раньше диеты Б. Хотя читатель уже предупрежден о необходимости врачебного контроля за похуданием, заметим, что переход с оздоровительного рациона на основной вариант диеты при ожирении противопоказан при ряде хронических неинфекционных заболеваний: сахарном диабете, сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. Будем надеяться, что при соблюдении оздоровительной диеты в этом и не будет нужды.

Опыт показывает, что нормализация веса при правильном питании легко достижима. Соотношения данных о нормальном весе (массе) с учетом роста для женщин и мужчин всех возрастных категорий приведены в таблицах, опубликованных в предыдущем выпуске факультета «Твое здоровье» (2/89).

Как же быть с распространяющимися ныне столь широко среди населения всяческими «диетами для голодания», расхожими рецептами блюд, напитков, помогающих якобы при самых неизлечимых хронических заболеваниях? В основе их популярности лежит стремление современного человека использовать ценнейшие качества натуральных продуктов в их естественном виде. И это понятно. Однако во многих случаях ходящие по рукам рецепты ничего общего не имеют с опытом врачей-натуропатов. Об этом опыте и пойдет теперь речь.



К СВЕДЕНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

В 1990 году теме «Питание и здоровье» будет целиком посвящен один из выпусков нашего издания

Рацион для оздоровления
(примерное меню на неделю)

ДЕНЬ ПЕРВЫЙ

Белки — 22,8 (ж), 20,9 (м), 32,9 (р)
Жиры — 6,7 (ж), 32,6 (м), 19,6 (р)
Углеводы — 345,6

Завтрак — 649 ккал
Обед — 782 ккал
Полдник — 138 ккал
Ужин — 515 ккал
Перед сном — 60 ккал
Итого: 2144 ккал

(ж — животные; м — молочные; р — растительные)

Состав	Вес, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Ккал
1	2	3	4	5	6
Завтрак					
Винегрет Ia	140	1,61р	3,02р	7,84	63,8
Каша овсяная	100				
крупa	50	5,95	2,9р	32,7	172,5
масло сливочное	5	0,03м	4,12м	0,04	37,4
сахар	3	—	—	2,9	11,22
Масло сливочное	10	0,06м	8,25м	0,09	74,8
Яйцо	1 шт.	5,0ж	5,4ж	0,24	62,8
Молоко 3,2 % жирн.	100	2,8м	3,2м	4,7	58,0
Мед	20	0,16ж	—	16,0	61,6
Хлеб ржаной	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0
Чай	200	—	—	—	—
Итого:	—	5,16ж	5,4ж	89,4	649,1
	—	2,90м	15,6м	—	—
	—	10,40р	6,3р	—	—
Обед					
Салат Ia	160	1,94р	2,99р	16,63	99,4
Борщ I	250	0,15м	1,0м	17,64	132,7
Каша гречневая:	100				
ядрица	40	5,04р	1,04р	27,2	131,6
масло сливочное	5	0,03м	4,12м	0,04	37,4
Рыба отварная (треска)	100	17,5ж	0,6ж	—	75,4
Хлеб ржаной	100	4,7р	0,7р	49,8	214,0
Фрукты	200	0,8р	—	22,6	92,0
Итого:	—	17,5ж	0,6ж	—	—
	—	0,17м	5,12м	133,9	782,5
	—	15,04р	9,75р	—	—
Полдник					
Фрукты	300	0,12р	—	33,9	138,0
Ужин					
Салат IIIa	135	1,59р	2,99р	9,83	72,4
Творог нежирный	50	9,0м	0,3м	0,75	41,7
Масло сливочное	10	0,06м	8,25	0,9	74,8
Молоко	100	2,8м	3,2м	4,7	58,0
Мед	20	0,16ж	—	16,0	61,6
Фрукты	100	0,4р	—	11,3	46,0
Хлеб ржаной	75	4,25	0,52р	37,3	160,5
Итого:	—	0,16ж	11,75м	—	—
	—	11,86м	3,51р	80,8	515,0
	—	6,24р	—	—	—

1	2	3	4	5	6
Кефир нежирный	200	Перед сном 6,0м	0,1м	7,6	60

ДЕНЬ ВТОРОЙ

Белки -- 69,9 (20,5ж+16,0м+33,4р)
Жиры -- 60,9 (7,0ж+35,3м+18,6р)
Углеводы -- 348

Завтрак -- 680 ккал
Обед -- 673 ккал
Полдник -- 92 ккал
Ужин -- 628 ккал
Перед сном -- 118 ккал
Итого: 2191 ккал

Ккал
6

63,8
172,5
37,4
11,22
74,8
62,8
58,0
61,6
107,0

9,1

99,4
132,7
131,6
37,4
75

72,4
41,7
74,8
58,0
61,6
46,0
160,5

515,0

		Завтрак			
Винегрет IIa	160	2,43р	3,04р	11,78	82,9
Сыр «Российский»	20	4,68м	6,0м	—	72,4
Каша овсяная:	100				
крупа овсяная	50	5,95р	2,9р	32,7	172,5
масло сливочное	5	0,03м	4,12м	0,04	37,4
сахар	3	—	—	2,9	11,22
молоко	100	2,8м	3,2м	4,7	58,0
Масло сливочное	10	0,06м	8,25м	0,09	74,8
Хлеб ржаной	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0
Мед	20	0,16ж	—	16,0	61,6
Итого:	—	0,16ж	21,5м	—	—
	—	7,57м	6,29р	93,11	679,6
	—	11,23р	—	—	—

		Обед			
Салат IIIa	135	1,59р	2,99р	9,83	72,4
Суп вегетарианский овощ-					
ной I	250	2,31р	5,01р	11,9	100,46
Мясо отварное	100	22,2ж	7,0ж	—	144,0
со свеклой	100	1,7р	—	10,8	48,0
Сок яблочный	200	1,0р	—	23,4	94,0
Хлеб ржаной	100	5,7р	0,7р	49,8	214,0
Итого:	—	20,2ж	7,0ж	105,8	672,9
	—	12,3р	8,7р	—	—

		Полдник			
Фрукты	200	0,8р	—	22,6	92

		Ужин			
Салат Ia	160	1,94р	2,99р	16,63	99,4
Каша рисовая:	100				
рис	50	3,5р	0,3р	38,65	161,5
молоко	100	2,8м	3,2м	4,7	58
масло сливочное	5	0,03м	4,19м	0,04	37,4
сахар	3	—	—	2,9	11,22
Мед	20	0,16ж	—	16,0	61,6
Хлеб ржаной	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0
Фрукты	200	0,8р	—	22,6	92,0
Итого:	—	0,16ж	7,32м	126,4	628,0
	—	2,83м	3,64	—	—
	—	9,09р	—	—	—

		Перед сном			
Кефир жирный	200	5,6м	6,4м	8,2	118

Белки — 67,4 (1,6ж+35,2м+30,6р)
Жиры — 64,35 (1,35ж+44м+19р)
Углеводы — 364,5

Завтрак — 641 ккал
Обед — 757 ккал
Полдник — 92 ккал
Ужин — 524 ккал
Перед сном — 118 ккал
Итого: 2132 ккал

Завтрак					
Винегрет Ia	140	1,61р	3,02р	7,84	63,8
Каша гречневая:	100				
ядрица	40	5,04р	1,04р	27,2	131,6
масло сливочное	5	0,03м	4,12м	0,04	37,4
молоко	100	2,8м	3,2м	4,7	58,0
Масло сливочное	10	0,6м	8,25м	0,09	74,8
Мед	20	0,16ж	—	16,0	61,6
Хлеб ржаной	100	5,7р	0,7р	49,8	214,0
Итого:	—	0,16ж	15,65м	98,0	641,2
	—	3,43м	4,76р	—	—
	—	12,3р	—	—	—
Обед					
Салат Ia	160	1,94р	2,99р	16,63	99,4
Суп овощной вегетариан- ский II	250	2,36р	5,05р	12,28	116,9
Биточки морковно-яблоч- ные, запеченные в молоч- ном соусе:	230				
масло сливочное	5	0,03м	4,12	0,04	37,4
молоко	50	1,4м	1,6м	2,35	29,0
яйцо	1/4 шт.	1,27ж	1,35ж	0,06	13,2
сахар	10	—	—	9,98	37,4
мука пшеничная	5	0,53р	0,06р	3,65	16,4
крупа манная	15	1,69р	0,1р	10,95	48,9
морковь	150	1,92р	0,15р	10,5	49,5
яблоки свежие	50	0,2р	—	5,6	29,0
Сок фруктовый	200	1,1	—	23,4	94,0
Хлеб ржаной	100	5,7	0,7р	49,8	214,0
Итого:	—	1,27ж	1,35ж	135,21	757
	—	1,57м	6,72м	—	—
	—	13,4р	9,05р	—	—
Полдник					
Фрукты	200	0,8р	—	22,6	92,0
Ужин					
Салат II	140	1,28р	5,09р	11,43	95,8
Творог нежирный	100	18,0м	0,6м	1,5	86,0
Молоко	200	5,6м	6,4м	9,4	116,0
Мед	15	0,12ж	—	12,0	46,2
Масло сливочное	10	0,06м	8,25м	0,09	74,8
Хлеб ржаной	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0
Итого:	—	0,12ж	15,25м	—	—
	—	24,6м	5,4р	59,32	524,0
	—	4,1р	—	—	—

Белки — 23,9ж + 32,4м + 15,4р = 71,7
Жиры — 18,0ж + 23м + 26р = 67
Углеводы — 137

ДЕНЬ ВТОРОЙ

Завтрак — 451 ккал
Обед — 491 ккал
Ужин — 352 ккал
Общая суточная калорийность рациона = 1294 ккал

		Завтрак			
Салат III	135	1,59р	4,79р	9,83	90,4
Яйцо	1 шт.	5,0ж	5,4ж	0,24	62,8
Молоко	200	5,6м	6,4м	9,4	116,0
Масло сливочное	10	0,06м	8,25м	0,09	74,8
Хлеб ржаной	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0

Итого:	—	5,0ж	5,4ж	—	—
	—	5,66м	14,65м	45,28	451,0
	—	4,44р	5,34р	—	—

		Обед			
Винегрет I	145	1,61р	10,02р	7,84	126,8
Суп овощной вегетарианский II	250	2,36р	5,05р	12,28	116,9
Мясо отварное	100	18,9ж	12,4	—	187,0
Хлеб ржаной	75	4,25р	0,53р	37,35	160,5

Итого:	—	18,9ж	12,4ж	—	—
	—	0,14м	1,0м	57,4	491,2
	—	8,22р	15,6р	—	—

		Ужин			
Салат II	140	1,28р	4,99р	11,43	95,8
Творог нежирный	100	18,0м	0,6м	1,5	86,0
Молоко	200	5,6м	6,4м	9,4	116,0
Хлеб ржаной	25	1,4р	0,18р	12,45	53,5

Итого:	—	26,6м	7,0м	—	—
	—	2,7р	5,16р	34,8	351,3

ДЕНЬ ТРЕТИЙ

Белки — 18,9ж + 34,6м + 15,3р = 68,8
Жиры — 12,4ж + 26,1м + 25,9р = 64,4
Углеводы — 131

Завтрак — 422 ккал
Обед — 576 ккал
Ужин — 358 ккал
Суточная калорийность = 1356 ккал

		Завтрак			
Салат II	135	1,28р	4,99р	11,43	95,8
Сыр «Российский»	15	3,51	4,5м	—	55,6
Масло сливочное	10	0,6м	8,25м	0,09	74,8
Молоко	100	2,8м	3,2м	4,7	58,0
Мед	10	0,08ж	—	8,0	30,8
Хлеб ржаной	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0

Итого:	—	0,08ж	—	—	—
	—	6,91м	15,95м	49,1	422,0
	—	4,13р	5,34р	—	—

		Обед			
Салат I	165	1,94р	9,99р	16,63	162,4
Борщ Ia	245	0,14м	1,0м	—	—
	—	2,36р	5,02р	14,2	118,9
Мясо отварное	100	18,9ж	12,4ж	—	187,0

	1	2	3	4	5	6
Хлеб ржаной	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0	
Итого:	—	18,9ж 0,14м	12,4ж 1,0м	— 55,7	— 576,0	
Ужин						
Винегрет II	160	2,43р	4,99р	11,78	100,9	
Творог полужирный	150	27,0м	0,9м	12,25	129,0	
Масло сливочное	10	0,6м	8,25м	0,09	74,8	
Хлеб ржаной	25	1,4р	0,18р	12,4	53,5	
Итого:	—	27,6м 3,83р	9,15м 5,17р	— 26,5	— 358,2	

Примечания: 4, 5 и 6-й дни недели соответственно повторяют данные 1, 2 и 3-го дня. Седьмой день недели — разгрузочный; его оптимальный вариант — питье только воды (минеральной), если есть жажда. Диета бессолевая, досаливание на столе после приготовления пищи, но не более 4—6 г в сутки.

Диета I при ожирении
(рацион с низкой калорийностью)

Белки — $18,9ж + 25,6м + 20р = 64,5$
Жиры — $12,4ж + 34,55м + 13,4р = 60,35$
Углеводы — 126,44

Завтрак — 403 ккал
Обед — 526 ккал
Ужин — 355,3 ккал
Общая суточная калорийность = 1284 ккал

Состав	Вес, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Ккал
1	2	3	4	5	6
Завтрак					
Салат IVa	150	3,04р	10,0р	11,7	147
Сыр «Российский»	20	4,6м	6,0м	—	74,2
Масло сливочное	10	0,06м	8,25м	0,09	74,8
Хлеб ржаной	50	2,8р	0,35р	24,9	107,0
Итого:	—	4,66м 5,84р	14,25м 10,35р	— 36,71	— 403
Обед					
Салат IV	150	3,04р	2,53р	11,7	79,7
Мясо отварное с капустой отварной	100	18,9ж	12,4ж	—	187,0
Масло сливочное	150	2,7р	—	8,14	42,0
Сок томатный	10	0,06м	8,25м	0,09	74,8
Хлеб ржаной	200	2,0р	—	6,6	36,0
	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0
Итого:	—	18,90ж 0,06м 10,6р	12,4ж 8,25м 2,88р	— 51,43 —	— 526,0 —
Ужин					
Творог обезжиренный	100,0	18,0м	0,6м	1,5	86,0
Картофель отварной	100	2,0р	0,1р	18,7	83,0
Масло сливочное	10	0,06м	8,25м	0,03	74,8
Молоко	100	2,8м	3,2м	4,7	58,0
Хлеб ржаной	25	1,42р	0,17р	12,4	53,5
Итого:	—	20,86м 3,42р	12,05м 0,27р	— 38,3	— 355,3

Белки — $22,8ж + 25,4 + 16,9р = 65,1$
Жиры — $8,8ж + 9,8м + 5,8р = 24,4$
Углеводы — 124,3

(рацион с низкой калорийностью)

Завтрак — 327 ккал
Обед — 371 ккал
Ужин — 249 ккал
Суточная общая калорийность — 947 ккал

Состав	Вес, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Ккал
1	2	3	4	5	6
Завтрак					
Яйцо	1 шт.	5,0ж	5,4ж	0,24	62,8
Молоко	50	1,4м	1,6м	2,4	29,0
Сыр «Российский»	20	4,6м	6,0м	—	74,2
Хлеб ржаной	75	4,2р	0,53р	37,35	160,5
Итого:	—	5,0ж	5,4ж	—	—
	—	6,0м	7,6м	39,99	326,5
	—	4,2р	0,53р	—	—
Обед					
Салат IV	150	3,04р	2,53р	12,0	79,7
Рыба отварная	100	17,8ж	3,4ж	1,2	102,0
Сок томатный	200	2,0р	—	6,6	36,0
Хлеб ржаной	50	2,85р	0,35р	24,9	107,0
Фрукты	100	0,4р	—	11,3	46,0
Итого:	—	17,8ж	3,4ж	—	—
	—	8,29р	2,88р	56,0	371,0
Ужин					
Салат IV	150	3,04р	2,53р	12,0	79,7
Творог нежирный	100	18,0м	0,6м	1,5	86,0
Молоко	50	1,4м	1,6м	2,4	29,0
Хлеб ржаной	25	1,4р	0,18р	12,45	53,5
Итого:	—	19,4м	2,2м	—	—
	—	4,4р	2,7р	28,3	248,5

Дieta B при ожирении
(рацион с низкой калорийностью)

Белки — $18,9ж + 10,46м + 10,38р = 39,74$
Жиры — $12,4ж + 10,15м + 15р = 37,55$
Углеводы — 73,3

Завтрак — 272,0 ккал
Обед — 382 ккал
Ужин — 126 ккал
Общая суточная калорийность — 780 ккал

Состав	Вес, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Ккал
1	2	3	4	5	6
Завтрак					
Винегрет III	75	1,2р	5,01р	5,8	72,15
Творог нежирный	50	9,0м	0,3м	0,75	43,0
Молоко	50	1,4м	1,6м	2,4	29,0
Масло сливочное	10	0,06м	8,25м	0,09	74,8
Хлеб ржаной	25	1,4р	0,18р	12,45	53,5
Итого:	—	10,46м	10,15м	—	—
	—	2,6р	5,19р	21,49	272,45
Обед					
Винегрет III	75	1,2р	5,01р	5,8	72,15
Мясо отварное	100	18,9ж	12,4ж	—	187,0
Капуста отварная	100	1,8р	5,0	5,4	28,0
Курага	15	0,78р	—	9,9	40,8

847 ккал
Ккал
6
62,8
29,0
74,2
160,5

326,5

7
86,0
29,0
53,5

Ккал
6

72,15
43,0
29,0
74,8
53,5

272,45

72,15
187,0
28,0
40,8

1	2	3	4	5	6
Хлеб ржаной	25	1,4р	0,18р	12,45	53,5
Итого:	—	18,9ж 5,18р	12,4ж 5,19р	—	—
Винегрет III	75	Ужин		33,55	381,45
Хлеб ржаной	25	1,2р 1,4р	5,01р 0,18р	5,8 12,45	72,15 53,5
Итого:	—	2,6р	5,19р	18,25	125,65

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О НАТУРОПАТИИ

Стремление корректировать и предупреждать патологические процессы в организме путем изменения в нем биологической среды появилось на фоне определенного вакуума в профилактике и низкой эффективности лечения хронических воспалительно-дегенеративных заболеваний при всей успешности развития медицинской науки. Это направление во врачебном мышлении, основанное на известном в науке и на эмпирическом опыте народной медицины, получило за рубежом название *естественной (физиологической, биологической) медицины*. Отсюда и использование так называемых натуропатических (природных) средств для профилактики и лечения.

С позиций натуропатов *первопричиной болезни* не являются бактерии и вирусы (и другие возбудители) сами по себе: они лишь проявляют свое действие на организм, если биологическая среда в нем способствует этому. Поэтому какими бы эффективными против возбудителей болезней не были те или иные лекарства, чтобы устранить хронизацию заболевания, добиться полного выздоровления необходимо восстановить нарушенную биологическую среду в организме. В таком подходе нет оппозиции к современной научной медицине, недоверия к медикаментозным методам лечения. Речь идет об углублении научных представлений о целостном в организме человека, об использовании индивидуального подхода к больному, лечении не болезни вообще, а заболевшего.

Питание относится к важнейшим натуропатическим средствам профилактики и лечения. Натуропатические системы питания призваны корректировать и улучшать внутреннюю биологическую среду организма в расчете на предупреждение хронических воспалительно-дегенеративных заболеваний, оздоровление человека. *Каковы же принципы такого питания?*

Вот наиболее общие из них:

- блюда готовятся только из натуральных продуктов, нерафинированных, без добавок специй, консервантов, не содержащих остаточных ядохимикатов, не подвергавшихся специальной обработке, замораживанию, консервации;
- питание способно поддерживать щелочную реакцию (pH) крови;
- продукты и блюда обладают детоксицирующим, очищающим действием;
- продукты и блюда должны быть легко усвояемы организмом;
- продукты, блюда и их дозировка обладают малой энергоценностью (калорийностью), которая легко регулируется;
- главная направленность питания — поддержание и создание внутренней биологической среды, противостоящей известным болезнетворным (повреждающим организм) факторам, т. е. оно должно обладать оздоравливающим действием;
- питание одновременно с оздоравливающим действием обладает лечебными свойствами при ряде заболеваний;
- общая направленность натуропатического оздоровления — продление

жизни человека в деятельном состоянии.

А теперь перейдем к описанию конкретных примеров приготовления такой пищи из натуральных продуктов. Следующие рецепты не имеют противопоказаний к употреблению в любом возрасте.

Домашнее приготовление яблочного соуса

Тщательно помыть неопыленные инсектицидами яблоки, используя щетку, под проточной водой. Разрезать яблоки на маленькие кусочки и тушить в небольшом количестве воды, пока не появится сок. Приготовление яблочного соуса проводится в эмалированной или стеклянной посуде. Перед употреблением можно подсластить медом. Назначение — приправа ко многим указанным ниже блюдам. Хранить яблочный соус в стеклянной посуде в холодильнике.

Домашнее приготовление кислого молока

В стакан молока добавить 1 чайную ложку вчерашней простокваши (для закваски) и поставить в теплое место. Держать до тех пор, пока не образуется простокваша. Тот же метод для приготовления кефира и йогурта.

Простокваша используется очень широко, ее можно давать к завтраку, обеду, ужину и перед сном. Она хорошо совмещается с овощными блюдами, особенно с картофелем, еда вкусная, полезная, имеет лечебное действие — благотворно влияет на микрофлору кишечника.

Домашнее приготовление спрессованного творога (сыра)

Взять приготовленное дома кислое молоко и подогреть до 70°, поместив сосуд с кислым молоком в водяную баню. Когда молоко свернется, его выливают в сито, на дне которого находится чистое льняное полотно. Подождать, когда жидкая часть уйдет через сито. То, что останется в сите, — свежий, полезный для здоровья, очень

вкусный домашний творог (сыр). Чем выше температура нагрева в водяной бане, тем тверже спрессованный творог. Такой продукт (согласно зарубежному натуропату П. О. Аиролла) обладает омолаживающим действием.

Приведу также модификацию приготовления домашнего спрессованного творога (сыра), очень распространенного среди наших пациентов. Состав (по объему): молоко — 1 часть и 1 (или 2 части, в зависимости от желаемой степени кислотности творога) кефира — кислого молока.

В эмалированной посуде вскипятить молоко. Уменьшить огонь, и в кипящее молоко влить кефир. Медленно перемешать содержимое. Кастрюлю закрыть крышкой и нагревать на малом огне до образования творога. Кастрюлю с содержимым оставить остывать не менее чем на 30 минут. Затем через марлю процедить содержимое кастрюли и отжать от сыворотки творог.

Отжатый от сыворотки творог переложить в мешочек из марли (треугольной формы) и положить под пресс, т.е. уложить завязанный мешочек с творогом между двумя деревянными дощечками и на верхнюю дощечку положить камень либо другой тяжелый предмет. Под грузом держать до тех пор, пока не вытечет из творога вся сыворотка. Полученный продукт напоминает по консистенции и вкусу мягкие сорта сыра, к тому же творог этот не кислый, что, например, для больных с хроническим панкреатитом чрезвычайно желательно (они совершенно не переносят кислый творог, который причиняет им значительные боли в животе). Творог к тому же является источником полноценного белка, что в условиях сниженного потребления мяса, колбасы и других мясных продуктов немаловажное обстоятельство для покрытия дефицита незаменимых аминокислот, необходимых для синтеза в организме белка. Усвояемость белка такого творога почти стопроцентная, что также важно для ослабленных больных, страдающих различными хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Гречневая каша

Состав: 1 стакан немолотой гречневой крупы и 2 стакана воды. Довести воду до кипения, засыпать гречневую крупу в кипящую воду и кипятить 2—3 минуты. Уменьшить огонь и кипятить на медленном огне 15—20 минут, периодически помешивая. Когда вся вода испарится, погасить огонь и оставить стоять еще на 15 минут. Каша должна быть очень плотной (густой). Подавать с молоком или яблочным соусом, либо с тушеными фруктами.

В народе говорят: «Гречневая каша сама себя хвалит». С точки зрения химического состава гречневой крупы (ядрицы) вполне обоснована ее питательность. Она содержит большое количество минеральных элементов, значительные количества витаминов комплекса В, а также клетчатку (последнее не менее важно, чем два предыдущих). С этих позиций гречневая каша показана также при хронической ишемической болезни, атеросклерозе, гипертонической болезни, вялом кишечнике и т. д.

Белки гречихи и по своему аминокислотному составу считаются наиболее полноценными, и при добавлении молока обеспечивается полный набор незаменимых аминокислот до оптимального уровня. Жиры гречихи устойчивы к окислению, благодаря чему гречневая крупа может длительно храниться, не снижая своих качеств. Крупа богата лецитином, что обуславливает ее применение при заболеваниях печени.

Просяная каша

Состав: 1 стакан очищенного проса, 3 стакана воды, $\frac{1}{2}$ столовой ложки меда и $\frac{1}{2}$ стакана порошкового обезжиренного молока.

Промыть просо в теплой воде. Поместить в посуду с водой, смешать с порошковым молоком и довести до кипения. Медленно кипятить в течение 10 минут на малом огне, помешивать, чтобы каша не пригорала. Убрать с огня и оставить стоять в течение полчаса или больше. Заправить молоком,

медом, сливочным маслом либо свежеприготовленным дома творогом (сыром). Обращается внимание на то, чтобы просо было желтого цвета. Блюдо хорошо насыщает и поэтому рекомендуется лицам с избыточной массой тела (ожирением).

Проросшая пшеница

Состав: 4 столовых ложки цельной пшеницы (суточная доза на одного человека). С вечера, после тщательного промывания, цельные зерна пшеницы уложить в один слой на тарелке и залить холодной сырой водой. Утром пшеницу промыть под струей холодной воды и положить на влажное полотно на плоском блюде (например, тарелке), сверху пшеницу накрыть влажной марлей и поместить в теплое место.

В течение дня промывать пшеницу 2—3 раза. На следующий день утром снова промыть пшеницу. Если спустя 24—36 часов пшеница проросла и белые ростки достигли не менее 1 мм, то ее можно употреблять. Если ростки менее 1 мм, то пшеницу следует оставить для дальнейшего прорастания, пока они не достигнут длины не менее 1 мм.

При плохой переносимости цельной проросшей пшеницы ее можно перемолоть и уже в таком виде добавлять в салаты, первые и вторые блюда, а также сделать из нее кисель. Суточная доза потребления проросшей пшеницы 50—100 г, по данным Киевского технологического института пищевой промышленности и Киевского НИИ педиатрии, акушерства и гинекологии (Иванченко В. Секреты вашей молодости. — М., 1988).

Показания для употребления в пищу проросшей пшеницы очень широки, что связано со значительным количеством витаминов Е и В в ее ростках. Витамин Е, как известно, является сильным антиоксидантным средством, ввиду чего проросшая пшеница рекомендуется для замедления процессов старения, а следовательно, продления жизни, для нормализации углеводного и жирового обмена.

По нашим наблюдениям, проросшая пшеница очень быстро насыщает (уже

во время еды), и поэтому ее можно использовать для диетического питания лиц с ожирением, у которых имеется повышенная мотивация к еде, в то же время у этой группы больных нормализуется нарушенный углеводный и жировой обмен. По данным В. Иванченко (1988), проросшая пшеница и масло из пшеничных зародышей повышают выносливость, работоспособность, стимулируют функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, особенно при тяжелых физических и умственных перегрузках, и т. д. Рекомендуется лицам среднего и пожилого возраста, а тем, кто моложе, — только по специальным показаниям, при необходимости увеличить введение витамина Е. Противопоказания — относительная непереносимость блюда.

Завтрак (по В. Коллату)

Состав: 2—3 столовых ложки зерен пшеницы, 1 стакан молока (кефира), 1 чайная ложка меда, 1—2 тертых яблока. Накануне, вечером, пшеницу замочить (4 столовые ложки воды). Утром перед завтраком смешать пшеницу с молоком (кефиром), приготовленным дома, добавить мед и тертые яблоки. Рекомендуется при хронических запорах.

Имеются и другие варианты этого завтрака. Рекомендуются взрослым при хронических запорах, нарушении обмена веществ, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудка, кишечника, печени и желчных путей. Противопоказаний нет.

Фруктовый салат (по П. О. Аирола)

Состав: 1 стакан свежих (любых) фруктов, горсть сырых орехов (или семечек подсолнуха), 3—4 замоченных чернослива (или горстку изюма), 3 столовые ложки приготовленного дома прессованного творога (сыра), 1 столовая ложка проросшей пшеницы, 1 столовая ложка масла проросшей пшеницы (но можно обойтись и без него), 3 столовые ложки йогурта (или кислого молока, или простокваши, кефира), 2 столовые ложки меда и 1 столовая ложка сока лимона.

Все ингредиенты смешивают перед употреблением. Салат этот — образец натурального питания, его можно употреблять в любое время дня — на завтрак, обед или ужин. Обладает оздоравливающим действием, рекомендуется и при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

* * *

Следующие рецепты блюд имеют не только показания, но и противопоказания, которые приведены ниже. То, что хорошо одним — плохо для других. Подход — индивидуальный.

Темный кислый ржаной хлеб

Состав: 8 стаканов свежей ржаной муки, 3 стакана теплой воды и $\frac{1}{2}$ стакана закваски (для первой выпечки такого хлеба требуется закваска из пекарни). Рецепт — для двух караваев хлеба.

Смешать 7 стаканов муки с водой и добавить закваску. Закрыть и оставить стоять в теплом месте с вечера на 12—18 часов. Добавить оставшуюся муку и хорошо перемешать. Поместить в смазанную жиром кастрюлю. Оставить для восхождения приблизительно на полчаса. Печь при температуре 177°C один час или более, если есть необходимость. Не забывать оставить $\frac{1}{2}$ стакана закваски для следующей выпечки хлеба. Культуру закваски надо поместить в холодильник, предварительно хорошо укутав сосуд с закваской из-за неприятного запаха.

Такой хлеб рекомендуется (П. Аирола) при атонических запорах, наступающих вследствие уменьшения (против нормы) перистальтики толстого кишечника. Показан также больным с избыточной массой тела и ожирением при отсутствии противопоказаний (из-за наличия каких-либо других хронических заболеваний). Показан лицам пожилого возраста. Противопоказания — воспалительные явления в желудке и кишечнике.

Овсяная каша с пшеничными отрубями (по И. Березину)

Состав: 2 столовые ложки овсяной крупы, 2 столовые ложки овсяных хлопьев, 1 столовая ложка диетических пшеничных отрубей, 2 стакана воды и 1 стакан молока. Довести воду до кипения, засыпать овсяную крупу и пшеничные отруби, варить на малом огне 25—30 минут, добавить овсяные хлопья и варить еще 15 минут, добавить молоко и варить еще 5—10 минут.

Питательное и лечебное блюдо при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (хроническая ишемическая болезнь, атеросклероз, гипертоническая болезнь), желудочно-кишечного тракта (при азофагите — без добавления пшеничных отрубей), гастрите, колите (спастическом и атоническом), при хронических запорах. Рекомендуются лицам среднего и особенно пожилого возраста. Противопоказано при обострении хронического энтероколита и колита.

Картофель со злаками

Состав: 2 большие сырые картошки, 2 столовые ложки пшеничной муки грубого помола, 1 столовая ложка пшеничных отрубей, 1 столовая ложка проросшей пшеницы, 4 стакана воды.

Довести воду до кипения, смешать муку с отрубями в кастрюле с кипящей водой. Медленно кипятить в течение 2—3 минут. Поместить терку над кастрюлей и быстро натереть картошку непосредственно в кастрюлю, энергично помешивая, немного потушить содержимое, затем выключить газ, оставив кастрюлю на плите. Заправить молоком, маслом или сливками; засыпать проросшую пшеницу рассеивая ее по поверхности содержимого в кастрюле.

Это ощелачивающее и весьма питательное блюдо из злаков рекомендуется (согласно П. Аирола) в диете больных с ревматическими заболеваниями, а также лицам среднего и пожилого возраста. Противопоказано при обострении хронического колита.

Злаковое молино

Состав: 1 столовая ложка пшеничной муки грубого помола, 2 столовые ложки пшеничных отрубей, 2 столовые ложки цельного льняного семени, 2—3 инжира (или замоченный чернослив) и 1 столовая ложка изюма. Все ингредиенты поместить в кастрюлю, налить 1 стакан воды и кипятить 5 минут, периодически помешивая для предупреждения подгорания. Заправить сразу свежим молоком, медом или яблочным соусом домашнего приготовления.

Показания для блюда — хронические запоры атонического происхождения без выраженных воспалительных явлений в толстом кишечнике. Рекомендуются лицам в основном пожилого возраста. Противопоказания — обострение хронического колита.

«Круска» или «5 видов зерен на 4 персоны» (по А. Веерланду)

Состав: по 1 столовой ложке пшеницы, зерен ржи, зерен овса, ячменя, проса и 2 столовые ложки пшеничных отрубей, 2 столовые ложки изюма.

Зерна злаков размельчить, поместить в кастрюлю, добавив 6 стаканов воды, отруби и изюм. Кипятить от 5 до 10 минут, затем укутать кастрюлю шерстяным одеялом (платком) или несколькими слоями газет, оставить постоять несколько часов. Рекомендуются поэкспериментировать, выяснив, какое количество воды надо добавить.

«Круска» — биологически ценное пищевое блюдо и питательная еда. При желании можно добавить хлеб из непросеянной муки с маслом, свежий лук и приготовленный дома прессованный творог (сыр). Это блюдо можно есть с молоком, тушеными плодами или высушенными плодами, замоченными накануне вечером. «Круску» можно подавать и на второй завтрак и на обед. Это блюдо входит в состав сбалансированного меню для лиц, живущих на натуропатическом питании. Рекомендуются лицам среднего и пожилого возраста. Противопоказано при обострении хронического колита, энтероколита.

«Круска»-настой (без варки)

Те же ингредиенты заливают кипящей водой и оставляют на время для настоя (0,5—1 ч). Это очень вкусное и наиболее легко перевариваемое блюдо, поскольку в нем сохраняются ферменты. Перед употреблением слегка разогреть, использовать так же, как и пареную «круску». Показания и противопоказания те же.

Овощной отвар (по А. Веерланду)

Состав: 2 картошки средней величины, нарезанные кубиками (величиной 2,5 см), по 1 стакану моркови и сельдерея, натертых на крупной терке, — это обязательный состав блюда. К нему можно добавить, при наличии, 1 стакан тертой свеклы, репу, петрушку.

Овощи залить 1,5 л кипящей воды и кипятить на малом огне 30 минут. Процедить и потреблять по 0,5—1 стакану (за 30 минут до завтрака). По мнению А. Веерланда и П. Аирола, овощной отвар высокощелочной, насыщенный минеральными веществами продукт, рекомендуемый для лечения артрита (речь идет о деформирующем артрите и остеоартрозе). Полагают, что у таких больных развивается ацидоз, который и нейтрализуется приемом отвара. Кроме того, значительное количество минеральных веществ в овощном отваре также благотворно влияет на здоровье больных. Овощной отвар используется также при проведении обычного и сокового лечебного голодания с целью «гашения» развивающегося ацидоза, тяжело переносимого больными.

Для лиц среднего и пожилого возраста. Противопоказания — гастрит с пониженной секреторной активностью, анацидный гастрит.

Напиток «эксцельсиор» (по А. Веерланду)

Состав: 1 стакан овощного отвара, 1 столовая ложка льняного семени и 1 столовая ложка пшеничных отрубей. Накануне, вечером, замачиваются льняное семя и пшеничные отруби в го-

товом овощном отваре. Утром, слегка подогрев и хорошо размешав, пьют смесь, не разжевывая льняное семя. Напиток «эксцельсиор» рекомендуется главным образом лицам, страдающим хроническим запором. Напиток помогает восстановить нормальный ритм перистальтики кишечника. Если «эксцельсиор» употребляют во время лечебного голодания, его следует предварительно профильтровать.

Показания и противопоказания те же, что и для овощного отвара.

Мюсли из зерен злаков и яблок (по М.О. Бирхер-Беннеру)

Состав: 2 столовые ложки овсяной крупы (или овсяной муки, либо овсяных хлопьев), 2 средней величины яблока, 2 столовые ложки проросшей пшеницы, 2 столовые ложки молока или сливок, 2 столовые ложки меда, 1/2 лимона, 2 столовые ложки очищенных орехов или семечек подсолнуха, 1 столовая ложка изюма.

Замочить овсяную крупу (овсяную муку, овсяные хлопья) накануне вечером (4 столовые ложки воды). Утром добавить сок лимона и молоко, хорошо перемешать, натереть на терке яблоки с кожурой, но хорошо предварительно их помыть, и добавить в смесь. Добавить мед, проросшую пшеницу, изюм, орехи и перемешать. Согласно П. Аирола блюдо это является мощным источником ферментов, популярно в лечебном питании.

Рекомендуется при хронических запорах, для взрослых. Противопоказания — обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

НАТУРОПАТИЧЕСКАЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ДИЕТА (ПО А. ВЕЕРЛАНДУ)

С утра, до завтрака, натощак — стакан «эксцельсиора» или овощного отвара, который готовится с вечера и хранится в холодильнике до утра.

Первый завтрак. Не рекомендуется завтрак в большом объеме ввиду того, что время это считается периодом выделения в кровеносное русло продуктов метаболизма, шлаков и токсинов.

Обильный завтрак, по мнению натуропата, может нарушить этот крайне важный для организма процесс элиминации (удаления) указанных веществ.

В состав завтрака входит кислое молоко домашнего приготовления со свежими фруктовыми соками (яблоки, груши, грейпфруты, бананы). Если нет фруктов, то их можно заменить луком, люцерной или шиповником, а также пшеничными отрубями, проросшей пшеницей, лактозой (молочный сахар не отличается от свекловичного, но он менее сладок и быстро, почти полностью усваивается организмом). Лактоза — один из главных источников энергии, необходимой организму для осуществления разнообразных функций, в особенности при выполнении физической работы. (Соколовский В. П. Молоко и здоровье. — М.: Медицина, 1974).

Второй завтрак. Рекомендуется «кружка» (вареная или настой), со сладким молоком, тушеными или сушеными плодами (замоченными накануне вечером). Яблочный соус домашнего приготовления — идеальный вариант добавки. При желании можно добавить и ржаной, приготовленный дома хлеб, с маслом, свежий лук и мягкий сыр домашнего приготовления (творог).

Обед. Стандартный обед состоит из большой миски свежих овощей с обязательным включением свежей зелени. Основу этой щелочной пищи составляет большая порция неочищенного сваренного либо испеченного картофеля. Три других стандартных ингредиента — тертая сырая морковь, красная свекла и лук. Отличным добавлением к салату являются капуста, редька, латук (салат), укроп, петрушка и чеснок. В дополнение к салату 1—2 ломтика домашнего кислого ржаного хлеба с маслом,

свежим луком и мягким сыром домашнего приготовления. Кислое молоко или йогурт отлично сочетается с овощами, но добавление молока нежелательно. Ферменты и кисломолочные бактерии помогают пищеварению и ассимиляции (усвоению) сырых овощей.

Ужин. Состав меню тот же, что и в обед.

Между приемами пищи не рекомендуется легкая закуска, исключая свежие фрукты, а вот чай из трав благоприятно действует на пищеварение. Переходной период с обычной диеты на натуропатическую должен быть длительным, чтобы постепенно перейти от обычно принятого питания к рассмотренному выше. Диета, согласно Веерланду, показана больным с хроническими заболеваниями, так как обладает очистительными свойствами, освобождая организм от токсинов, шлаков и продуктов метаболизма. И мне не раз приходилось в этом убеждаться.

Использование данной натуропатической диеты исключает употребление:

- соли, уксуса, горчицы, перца и других специй и приправ;
- кофе, чая, табака и алкоголя;
- белого сахара, цукатов, шоколада, тортов, пирожных, кексов, мороженого, пирогов, печенья и т. д.;
- белого хлеба и всего печеного из белой муки;
- консервированных, замороженных, рафинированных или прошедших обработку продуктов;
- мяса, рыбы и яиц (рыба используется, когда нет возможности полностью отказаться от животных продуктов).

В заключение напомним, что контроль диетического питания со стороны врача необходим каждому, кто использует рекомендации, публикуемые в массовой печати.

ВОЗМОЖНОСТИ САМОКОНТРОЛЯ

Рассказывает кандидат психологических наук Ольга Сергеевна КОПИНА.

КАК СТАТЬ СТРОЙНОЙ: СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА

Нет необходимости доказывать, что излишняя полнота вредна для здоровья, подталкивает развитие многих заболеваний, а в результате снижения лишнего веса происходят полезные для здоровья изменения — нормализуется уровень артериального давления, снижается уровень холестерина в крови, у больных сахарным диабетом достигается снижение дозы инсулина или даже отмена этого препарата.

Говорят, что французы различают три стадии полноты: первая вызывает зависть, вторая — ироническую усмешку, третья — сочувствие. Для многих излишняя полнота — психологическая проблема. Тучный человек часто выглядит непривлекательным, а это обстоятельство может накладывать отпечаток на его отношения с другими людьми и на самочувствие. Более того, лишний вес вызывает ощущение постоянного физического напряжения, перегрузки и переутомление.

Взвесить «за» и «против»

Для успешного снижения веса необходимо не только сильное желание похудеть, но и уметь сформировать и укрепить такое желание. Те, кому удалось похудеть, связывали похудание с какой-то жизненно важной целью — обрести или вернуть семейное счастье, понравиться любимому, чувствовать себя уверенней, стать привлекательнее, позволить себе носить модную одежду, восстановить здоровье и т. п. Мешают же снижению веса причины, на которые указывают многие: постоянное чувство голода, любят вкусно поесть, привыкли

есть плотно, тяга к сладкому, лень, отсутствие или недостаток силы воли для того, чтобы повысить уровень физической активности.

Для того чтобы лучше уяснить для себя поставленные цели и быть готовой к возможным трудностям в их осуществлении, продумайте, а еще лучше запишите все за и против. Разделите лист бумаги на две части вертикальной линией: слева напишите «за», а справа «против».

ЗА	ПРОТИВ

В графе «за» перечислите то, ради чего стоит похудеть, чего можно добиться, снизив вес. В графе «против» запишите, что мешает похудеть, затрудняет этот процесс. Затем представьте себе, что кладется на чаши весов — все «за» и «против». Что перетянет? Что для вас более важно?

Если же какие-то препятствия покажутся вам непреодолимыми, обратитесь к психологам, специалистам по здоровому образу жизни. Успешность снижения веса и поддержания его на оптимальном уровне будет зависеть от вашей внутренней готовности многое изменить в своем образе жизни, привычках, отношении к еде. Многое будет зависеть от вашей способности мобилизовать силу воли и от того, насколько вы готовы ежедневно выполнять определенные рекомендации.

Для того чтобы оценить степень своей готовности к снижению лишнего веса и свои шансы на успех, ответьте для себя на следующие вопросы (приведенные в табл.).

- Принять твердое решение?
- Продумать все «за» и «против»?
- Проконсультироваться с врачом, сколько вы должны весить?
- Купить весы?
- Взвешиваться 1 раз в неделю и строить график изменения веса?
- Есть 4 раза в день и в перерывах не перекусывать?
- Ужинать не позднее, чем за 3 часа до сна. Перед сном выходить на прогулку?
- Не есть «за компанию», если вы сыты?
- Строго соблюдать диету, рекомендованную вам диетологом?
- Отказываться от соблазнов?
- Помнить индийскую пословицу: «Лакомств тысяча, а здоровье одно»?
- Составить список продуктов, которые разрешаются по вашей диете, и носить его с собой?
- Контролировать правильное соотношение питательных веществ в диете (белков, углеводов, жиров, воды, минеральных солей, витаминов, клетчатки, растительных волокон)?
- Выучить таблицу калорийности продуктов и научиться подсчитывать калорийность суточного рациона?
- Пить чай без сахара?
- Отказаться от продуктов, содержащих сахар?
- Отказаться от соусов, приправ, газированных напитков, острых, маринованных и соленых блюд (так как они возбуждают аппетит)?
- Изменить привычки питания?
- Не есть, если не хочется, и никогда не заставлять других?
- Готовить еду маленькими порциями, есть из посуды маленьких размеров?
- Перед подачей на стол раскладывать еду на порции?
- Каждый раз, садясь за стол, повторять про себя: «Я не съем лишнего», «Мой аппетит подвластен мне» и т. п.?
- Вести себя за столом так, как будто вы равнодушны к еде?
- Есть медленно, маленькими кусочками. Проводить за столом не менее 20 минут?
- Пережевывать пищу как можно тщательнее?
- Устраивать небольшие паузы во время еды?
- Почувствовав насыщение, сразу прекращать есть?
- Не есть до чувства полного насыщения: лучше недоесть, чем переесть?
- В течение двух недель понаблюдать за собой и проанализировать, по какой причине вы ели: волновались, хотелось есть, была раздражена, устала, «за компанию», было скучно, была в состоянии стресса, было одиноко и т. п.?

- В гостях, садясь за стол, стараться есть как можно меньше?
- Не пить алкогольных напитков (иначе можно быстро потерять контроль за количеством съеденного)?
- Если вы нарушили диету, на следующий день обязательно устроить разгрузку?
- Ни в коем случае не нарушать диету два дня подряд?
- Не ложиться отдыхать и не садиться читать сразу после еды?
- Проверить функциональные возможности своего организма и получить консультацию врача о режиме физических нагрузок?
- Стараться как можно больше двигаться: делать гимнастику, ходить в быстром темпе?
- Стараться поменьше пользоваться лифтом, транспортом?
- Проходить пешком не менее 5—7 км в день?
- Делать зарядку каждый день?
- Час в день посвящать физкультуре, аутогенной тренировке, релаксационной дыхательной гимнастике?
- Ежедневно принимать душ с последующим сильным растиранием полотенцем?
- Раз в 7—10 дней ходить в баню (если нет противопоказаний)?
- Обучиться применению приемов точечного самомассажа?
- Хорошо отдыхать, спать 7—8 часов в сутки?
- Совершенствовать свой характер, расширять круг своих интересов?
- Воспитывать силу воли?
- Научиться снимать нервное напряжение с помощью немедикаментозных оздоровительных средств?
- Научиться управлять своими эмоциями, желаниями, аппетитом?
- При усилении чувства голода использовать приемы аутогенной тренировки, релаксационной дыхательной гимнастики и т. п.?
- При нестерпимом чувстве голода перекусить яблоком, сырой морковью или капустой (временная мера)?
- Не «утешать» себя едой?
- Искать источники, радости, удовольствия, не связанные с едой?
- Помнить, что мы едим для того, чтобы жить, а не живем для того, чтобы есть?
- Не отчаиваться при временных неудачах?
- При появлении трудностей в снижении веса получить консультацию психолога?
- Руководствоваться литературой по вопросам здорового образа жизни?

Итак, чем выше ваша готовность и чем большее число из перечисленных условий вы решите реально выполнить, тем больше шансов, что добьетесь намеченной цели, а в дальнейшем смо-

жете поддерживать свой вес в пределах нормы. Помните, что секрет успеха — в вашей решимости добиться желаемого результата.

Все в ваших руках!

Знайте, что ощущение легкого голода трудно преодолевать *только первое время*. Если вы будете настойчивы, то скоро привыкнете к изменениям в своей жизни, а чувство легкости, бодрости, хорошее настроение и сознание того, что смогли преодолеть себя, будет вам наградой.

Для того чтобы укрепить свою решимость, необходимо разобраться в психологических причинах, которые привели к полноте и мешают нормализовать вес.

Причины избыточной массы тела на взгляд психолога

В возникновении избыточной массы тела наряду с наследственной предрасположенностью и эндокринными расстройствами большую роль играют *социальные и психологические факторы*. В подавляющем большинстве случаев излишняя полнота развивается в результате *неправильного образа жизни* — постоянного переедания, нерационального питания, недостаточной физической активности, хронического эмоционального перенапряжения и т. п.

Как мы едим. На фоне наследственной предрасположенности основной причиной тучности является переедание. Есть немало семей, в которых царит буквально культ еды. Особенно по выходным дням люди едят помногу и почти непрерывно. А вечерами после работы неукоснительно соблюдается традиция очень плотно ужинать и, помимо этого, перекусывать, закусывать и лакомиться, пока смотрят телевизор. Так, глядя на экран, некоторые даже не замечают, как съедают полбатона хлеба, коробку конфет, пачку печенья или еще что-нибудь такое же калорийное... и ненужное. К тому же в таких семьях принято настойчиво предлагать еду и уговаривать друг друга *«съесть еще кусочек, еще ложечку, еще тарелочку»* и т. п. Это становится чуть ли не единственным способом проявления заботы и внимания.

Часто говорят о наследственной полноте. Однако о ненаследственном характере тучности свидетельствуют результаты многих научных исследований. Например, немало случаев, когда страда-

ют полнотой *все члены одной и той же семьи, даже если между ними нет кровного родства — супруги, теща, свекровь, приемные дети*. Обнаружено, что у полных людей и домашние животные часто отличаются повышенным весом.

Аппетит. У детей, вырастающих в семьях, где много едят, уже в раннем детстве возникает нарушение функционального состояния *нервных центров, регулирующих аппетит и чувство насыщения*. В результате некоторые люди чаще и сильнее, чем другие, хотят есть. Они съедают больше, чем необходимо организму, так как *появление во время еды чувства насыщения у них сильно запаздывает*.

Изменение вкусовой чувствительности. Помимо этого, во многих семьях готовят *слишком сладкую или слишком соленую пищу*. Детей приучают к слишком сладким блюдам, что повышает пороги вкусовой чувствительности к сладкому. В результате взрослому человеку, который, к примеру, пьет чай и насыпал в стакан одну ложку сахара, кажется, что чай несладкий. Для того чтобы чай показался ему сладким, он должен насыпать три, а то и пять ложек сахара. А чай без сахара уж и вовсе кажется безвкусным, несъедобным. Аналогично получается и с *вкусовой чувствительностью к соленому*. Некоторые, приступая к еде, даже не попробовав, досаливают блюда.

Плохая осведомленность (недостаточная информированность). Одна из причин большой распространенности избыточной массы тела — плохая осведомленность о правилах рационального питания. Мало кто знает, как контролировать количество еды с помощью подсчета калорий, какие продукты калорийные, а какие нет, из каких питательных веществ они состоят.

Предрассудки. Кроме того, широко распространены ошибочные представления — предрассудки, *укоренившиеся в сознании многих*. Например, *полный ребенок — будто бы символ здоровья, а полнота взрослого якобы свидетельствует о достатке, солидности, благополучии, социальных достижениях, «весе» в обществе*. (Замечу, что на распространенность избыточной

массы тела в различных регионах нашей страны влияют мода, представления о красоте, стереотип внешности. Представление о том, какой человек считается красивым, привлекательным, современным, может быть резко противоположным у представителей разных социальных и этнических групп населения.) Существует немало ошибочных представлений о различных пищевых продуктах, иногда граничащих с абсурдом, например, что сахар полезен для здоровья, так как якобы необходим для мозга, печени, костей. Из этого делается вывод, что сахара нужно есть как можно больше.

Неблагоприятные эмоциональные состояния. Нередко причиной избыточной массы тела становится хроническое эмоциональное перенапряжение (тревога, депрессия, неудовлетворенность и т. п.), которое вызывает искусственное повышение аппетита и навязчивое переедание, с которым трудно бороться. Есть люди, которые в состоянии депрессии, эмоционального напряжения или в стрессовой ситуации начинают есть больше, точно так же, как другие в напряженной ситуации курят.

Как формируется привычка переедания в стрессовой ситуации?

Она формируется еще в раннем детстве. Американский психолог Стэнли Шехтер так описывает общение матери с младенцем: *ребенок плачет, когда ему неудобно или больно, или он испуган, или ему хочется есть*. Опытная мать меняет пеленки, когда ребенок мокрый, накормит, когда он голоден, успокоит, когда он испуган, и т. п. А неопытная и тревожная мать ведет себя абсолютно неправильно, неадекватно, то есть не в соответствии с состоянием ребенка: желая успокоить его, пытается кормить, чуть только он закричит. Такое поведение матери — основа хронического ожирения, которое в дальнейшем разовьется у ребенка.

В такой ситуации у ребенка происходит смешение сильных эмоциональных состояний и чувства голода. В подобных условиях в детстве часто не формируется способность различать чувство го-

лода и страха (тревоги, гнева). И тогда человек может неосознанно воспринимать любое состояние эмоционального возбуждения как чувство голода.

Таким образом, если тучный человек считает, что он голоден, это может быть нечто иное, чем у людей с нормальным весом: не исключено, что он просто чем-то расстроен. В стрессовой ситуации человек обычно легче воспроизводит те способы поведения, которые возникли еще в раннем детстве. И если его научила мать, он и от страха ест. Стремящиеся похудеть обычно жалуются на повышенный аппетит и постоянное чувство голода. Некоторые из них сами догадываются, что их голод вызывается причинами психологического порядка, что это искусственное чувство. Такой голод усиливается в период плохого настроения, при появлении чувства тоски, одиночества. Неустроенность в личной жизни, неприятности также пытаются компенсировать едой, находя в ней «утешение». В моменты неудач и огорчений еда кажется единственно доступным средством получения удовольствия и положительных эмоций. Однако таким образом люди не решают возникающих проблем, а лишь заглушают свое чувство неудовлетворенности.

Прежде всего необходимо научиться бороться со стрессом. Крайне важно овладеть навыками бесконфликтного общения в семье и на работе, научиться снимать возникающее нервное напряжение.

Снижению эмоционального напряжения без помощи медикаментов помогают занятия аутогенной тренировкой, релаксационной дыхательной гимнастикой, физкультура, баня, точечный самомассаж и другие оздоровительные средства.

Конечно, не все могут преодолеть психологические причины, способствующие развитию тучности, самостоятельно. В тех случаях, когда психологические проблемы слишком сложны и кажутся неразрешимыми, стоит проконсультироваться у психолога или у психотерапевта.

ВЗГЛЯД В ПРОШЛОЕ

«О, ЗЛО ЗЛА ЗЛЕЕ, ЗЛАЯ ЖЕНА!..»

Рассказывают, что однажды на реке Великой тешился охотой-ловитвой юный князь Игорь, сын легендарного Рюрика, и увидел плывущую в лодке девицу-псковитянку, разгорелась в нем страсть, и обратился он к ней с бесстыдными словами. Она же, пресекая те непристойные его речи, сказала:

«Зачем напрасно позоришь себя, князь, зачем постыдные слова произносишь? Не обольщайся и не надейся — не возьмешь меня силой. Лучше о себе подумай и знай, что, совершая постыдные дела, не сможешь ты праведно управлять державой...» И многое еще другое сказала ему тогда та девица о целомудрии, да так, что удивился Игорь благоразумным ее словам и устыдился... Когда же настало ему потом время жениться, вспомнил он про ту псковитянку и взял ее себе в жены с подобающей честью, и сочетались они законным браком.

Такой вошла в русскую историю первая из многих наших, прославивших себя на поприще благочестия женщин-соотечественниц — святая равноапостольная великая княгиня Ольга, причисленная к лику святых, что была мудрее всех своих современниц, а потому, что, овдовев, жила она *«всякими добрыми делами, освящаясь, милостынею обогащаясь: нагих одевая, алчущих питая, жаждущих напоая, странствующим давая приют со всем необходимым. Нищих, вдов, сирот, больных она очень жалела и всем необходимым снабжала, кому что нужно, то и делала тихо, с любовью, от чистого сердца...»*

Похвальные эти слова о добродетелях княгини Ольги приписываются опальному сподвижнику Ивана IV Грозного; его духовному наставнику Сильвестру, который обессмертил свое имя созданием книги «Домострой». То был не первый, но наиважнейший памятник древнерусской литературы, назидательно призывавший читателей к добропорядочной жизни, к духовному, мирскому и домовному строению семейных взаимоотношений. Ярчайшая его страница — «Похвала женам», которые издревле считались на Руси нравственной опорой семейного общежития.

Если дарует Бог жену добрую, получишь ты камня драгоценного; такая из выгоды не оставит, всегда хорошую жизнь устроит своему мужу.

Собрав шерсть и лен, сделай что нужно руками своими, будь как корабль торговый: издалика вбирает в себя богатства и возникает из ночи; и даст она пищу дому и дело служанкам, от плодов своих рук увеличит достояние намного; препоясав туго чресла свои, руки свои утвердит на дело и чад своих поучает, и не угаснет светильник ее всю ночь; руки свои протягивает к прялке, а персты ее берутся за веретено, милость обращает на убогого и плоды трудов подает нищим, — не беспокоится о доме муж ее; самые разные одежды расшитые сделает мужу своему, и себе, и детям, и домочадцам своим.

И потому всегда ее муж соберется с вельможами и сядет, всеми друзьями почитен, и, мудро беседуя, знает, как делать добро, ибо никто без труда не увенчан.

Если доброй женою муж благословен, число дней его жизни удвоится, хорошая жена радуется мужа своего и наполнит миром лета его; хорошая жена да будет благою наградой тем, кто боится Бога, ибо жена делает мужа своего добродетельней: во-первых, исполнив Божию заповедь, благословится Богом, а во-вторых, славится и людьми.

Жена добрая, и трудолюбивая, и молчаливая — венец своему мужу, коли обрел муж жену себе добрую — только хорошее выносит из дома своего; благословен муж такой жены, и года свои проживут они в добром мире. За хорошую жену похвала мужу и честь.

Умильное это славословие — не единственное свидетельство того пристального внимания, которое издревле уделяли своим соотечественницам древнерусские книжники. Вспомним хотя бы тот возвышенный поэтический слог, которым описан плач Ярославны в «Слове о полку Игореве»... Но нередко их искренняя признательность омрачалась вспышками негодований: не сами себя, а жен своих чаще всего считали древние русичи причиной семейных и даже державных неурядиц. За историческими тому примерами ходить им далеко не было нужды; они знали, за что был изгнан из райского сада Адам, из-за кого угодил в темницу Иосиф Прекрасный, кто обезглавил Иоанна Предтечу... Само собой разумеется, что виновницами всех этих злодеяний были злые жены.

О, зло зла злее, злая жена!..

Гневное это восклицание, прозвучавшее в датируемой XVII веком «Беседе отца с сыном о женской злобе», отозвалось эхом на страницах повестей о Савве Грудцыне и Горе-Злосчастий, о Фроле Скобееве и Кар-

по Сутулове. Бесстрашные эти герои готовы были в единоборстве одолеть полчища врагов, но и они пасовали, когда возникали на их жизненном пути женские «хитрости» и «уловки». Подобно пушкинскому Самозванцу, каждый из них мог проговорить:

Нет — легче мне сражаться с Годуновым,
Или хитрить с придворным езуитом,
Чем с женщиной — чорт с ними; мочи нет:
И путает, и вьется, и ползет,
Скользит из рук, шипит, грозит и жалит.
Змея! змея!..

Словно бы камень, выпущенный из пращи, налево и направо разит с той поры всех «злых жен» бранное это слово. Древнерусская словесность немало поупражнялась в поисках надлежащего им сравнения.

Ни скот в скотах коза,
ни зверь в зверях еж,
ни рыба в рыбах рак,
ни птица в птицах нетопырь,
ни муж в мужах,
если над ним жена властвует,
ни жена в женах,
если от своего мужа прелюбодействует.

Народная эта поговорка воздержалась, как видим, от сравнения «злой жены» с чем бы то ни было. Вспомнивший же ее еще в XII столетии Даниил Заточник далее в своем «Молении» прямо-таки нанизывает одно за другим оскорбительные прозвища «злых жен»:

Что такое жена злая? Торговка плутоватая, кощунница бесовская.

Что такое жена злая? Людская смута, ослепление уму, заводила всякой злобе, в церкви сборщица дани для беса, защитница греха, заграда от спасения.

Если какой муж смотрит на красоту жены своей и на ее ласковые и льстивые слова, а дел ее не проверяет, то дай Бог ему лихорадкой болеть, и да будет он проклят. Вот и распознайте, братия, злую жену. Говорит она мужу своему: «Господине мой и свет очей моих! Я на тебя и взглянуть не могу: когда говоришь со мной, тогда смотрю на тебя, и обмираю, и слабеют все члены тела моего, и падаю на землю».

Послушайте, жены, слова апостола Павла: крест — глава церкви, а муж — жене своей. Жены, стойте же в церкви и молитесь Богу и Святой Богородице, а чему хотите учиться, то учитесь дома у своих мужей. А вы, мужья, в законе храните жен своих, ибо нелегко найти хорошую жену.

Хорошая жена — венец мужу своему и беспечалие, а злая жена — горе лютее и разорение дому. Червь древо точит, а злая

жена дом своего мужа истощает. Лучше в дырявой ладье плыть, нежели злой жене тайны поведать: дырявая ладья одежду замочит, а злая жена всю жизнь мужа своего погубит. Лучше камень бить, нежели злую жену учить: железо переплавишь, а злой жены не научишь.

Ибо злая жена ни ученья не слушает, ни священника не чтит, ни Бога не боится, ни людей не стыдится, но всех укоряет и всех осуждает. Что злее льва среди четвероногих и что лютее змеи среди ползающих по земле? Всех тех злее злая жена. Нет на земле ничего лютее женской злобы. О, злое, острое оружие дьявола и стрела, летящая с ядом!

Напрасно стали бы мы искать в памятниках древнерусской литературы женские отповеди подобным словам осерчавших мужчин. Сколько бы те ни гневались, наступал час, когда над бездыханными их телами звучали причитания, а не проклятья. И оказывалось, что те «злые жены», которых так любили они при жизни попрекать «змееподобием», никогда таковыми не были. Просто это привычка такая дурная есть у мужей: не самих себя прежде, а жен своих во всем обвинять. Впрочем, как известно, именно поэтому и пришлось некогда Адаму покинуть райский сад. Не потому, что вкусил он от рук Евы запретный плод, а потому, что всю свою вину за то потом хотел он на нее взвалить.

Каковы бы ни были тяготы супружеской жизни, древнерусских женщин, самым страшным их бедствием все же была утрата мужа. И то, как преодолевали они суровое это испытание, было мерилем их благочестия. Благочестивые вдовы древней Руси — национальная гордость русского народа, который за всю свою многовековую историю неоднократно испытал горечь «безотцовщины».

Оплакивая своих погибших мужей, именно вдовы воспитывали новые поколения мужественных сыновей и целомудренных дочерей. Поэтому помнит русский народ ставшие для него святыми имена Анны Кашинской, Февронии Муромской, Марфы Псковской, Евфросинии Московской, Юлиании Лазаревской, Ксении Петербургской...

Александр МОРОЗОВ

НАПОМИНАЕМ!

В розничную продажу наше издание **НЕ ПОСТУПАЕТ**
Подписка только **ПОЛУГODOВАЯ** и **ГОДОВАЯ**
Индекс подписки — 70063

СОВЕТУЕМ СВОЕВРЕМЕННО
ОФОРМИТЬ ВАШУ ПОДПИСКУ на следующий год!
Стоимость полугодовой подписки — 1 р. 20 к., годовой — 2 р. 40 к.

1: Неходит ли тебе изменять и чужих любовников
возлюблять: Вот же тебе стану спину рубить позабудешь
иным в гости ходить: любил ты законного супруга: неискать
ли тебе иного друга: 2: Батки мои помнят меня: а ты стань
всегда любить тебя: в том же виновата пред тобою: воля твоя
несамною: 3: Ах, любезная моя сестрица прайдала: как же так
вбеду попал: Велишь жаль не знаю как же быть: не могу тебе
ничем помочь:



«Битье жены за измену». Народная картинка

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

В небольшом курортном городке Банкья (в Софийской области Болгарии) недавно открылся первый в стране фитотерапевтический хозрасчетный стационар. Рассказывает журналистка Елка Георгиева **РОБЕВА**.

ВНЕДРЕНИЕ ОПЫТА НАРОДНОГО ВРАЧЕВАТЕЛЯ

Фитотерапевтическая больница открылась в мае прошлого года, а уже к весне нынешнего запись на лечение временно пришлось прекратить: очередь — до 1990 года. **В чем же дело?** Хотя стационар располагает только 60 койками, амбулаторно в нем принимают до 800 человек еженедельно. Популярность? Да. И широкую известность этот опыт фитотерапии приобрел в стране (а за рубежом вызвал интерес во Франции, Австрии, Китае, Вьетнаме) исключительно благодаря чудодейственному лекарственному средству, открытому народным врачом Димитром Крыстевым.

Ему 69 лет, родился он в 1920 году в деревне Памукчи Шуменского округа, лекарственные травы интересуют его давно. Долгие годы копился такой бесценный ныне опыт, и все же к открытию своего претендующего на уникальность средства Д. Крыстев пришел вынужденно: сильно заболели ноги. «Я испугался, что стану калекой, — вспоминает он свои былые тревоги. — А было мне уже 60 лет! Начал поиск наиболее эффективного рецепта, комбинировал, составлял различные смеси трав. И наконец, удача — сразу почувствовал облегчение. Как выяснилось, средство оказалось поистине чудесным, оно помогло не только мне, но и другим больным. Со временем все больше людей узнавали о нем, я делился опытом, и скоро убедился, что мое «зелье» помогает при целом ряде заболеваний».

Прошли годы долгих дискуссий и компетентных медицинских экспертиз, прежде чем Димитр Крыстев получил официальное признание и право на лечение созданным им лекарственным

средством. Употребляется оно только наружно — втиранием, при ревматических болях и болезнях суставов, спондилезе и омертвлении ткани (гангренозном), в особенности у пожилых пациентов, при хроническом насморке, синусите, мигрени, болезни Бюргера, склерозе, бессоннице, улучшает работу сердца, используется и в комплексе мер по реабилитации больных, перенесших инсульт мозга.

Вот мнение одного из специалистов, поддержавших внедрение опыта народного врача в медицинскую практику. Доктор медицинских наук Цветана Попиванова: «Лекарство обладает многими целебными качествами, мобилизует защитные силы организма, сокращает сроки лечения, например гриппа. Я заметила, что при его применении отсутствовали сопутствующие заболеванию обычные осложнения. Именно в профилактике заболеваний это многообещающее средство. Исключительно быстрый эффект (недели, месяцы) оказывает оно при лечении некоторых хронических болезней. Просто и доступно в применении, не требует условий госпитализации — его можно использовать и каждому у себя дома».

Как показали испытания, лекарство вполне безвредно, сейчас оно проверяется на лечебный эффект при подагре, артрите и некоторых других заболеваниях. Что же конкретно говорят сами пациенты?

— Признаюсь, не верил, что лекарственные травы могут мне помочь, — сознался научный сотрудник М. Чернев. — Девять лет подагра мучила меня, непрерывно и безуспешно лечился все эти годы. Здесь же, в фитотерапевтической больнице, понадобилось лишь 12 дней, и теперь не нужны те лекарства, которые мне раньше прописывали. Чувствую себя прекрасно, болей нет, даже помолодел. А ведь в моей истории болезни — и перенесенный инфаркт, и гипертония, и чего только не написано!

— Не было покоя ни днем, ни ночью, — рассказывает Донка Стоянова из Софии. — Долгие годы страдаю ревматизмом, спондилезом, нашли у меня невроз. Лечили уколами, препаратами, грязевыми ваннами и всякой физиоте-

ранней, но улучшения не было. К тому же теперь высокое кровяное давление, аллергический насморк. Только в этой больнице наступило улучшение. Втирали мазь — лекарство Крыстева, давали цефам, и сразу же пошло на поправку — боли отступили. Давление снизилось, в мои 56 лет я почувствовала себя тридцатилетней женщиной, выздоровела и окрепла.

— Я обошла все первоклассные больницы в стране, — свидетельствует Мария Христова из Пловдива, — двадцать лет меня мучили головные боли, и я уже свыклась было с мыслью, что это неизлечимо. Облегчения были временными. Здесь же лечили меня всего 10 дней, и теперь чувствую себя хорошо.

Пациенты стационара окружены заботой и вниманием врачей, хорошо обученный массажист участвует в лечебном процессе, а наряду с втиранием чудесной мази больным подбирают специальные чаи из лекарственных трав, регулирующие обмен веществ.

Что называть чудом? Силу неведомую, которая восхищает, но, оставаясь непознанной, вызывает недоумение? А она все-таки лечит! И это самое важное.

* * *

Рассказывает кандидат фармацевтических наук Наталья Юрьевна АБАШИНА.

ДОМАШНЕЕ ЛЕЧЕНИЕ СОВЕТ ТРЕТИЙ

В заключительной беседе рассмотрим два вопроса. Как определить качество заготовленного лекарственного сырья по внешним признакам и как правильно приготовить в домашних условиях водные извлечения из растительного сырья.

Заглянем в сборник обязательных общегосударственных стандартов и положений, нормирующих качество лекарственных средств, — Государственную фармакопею СССР (1987 г. 11-е издание). В ней регламентируются методы анализа лекарственного растительного

сырья, в том числе по внешним признакам, например, определение размеров, цвета, вкуса (только у неядовитых объектов), запаха; изучение формы листа, его опушения, характера жилкования и т. д.

Чтобы определить по внешнему виду качество хранившегося дома лекарственного растительного сырья, достаточно знать следующее.

Если лекарственные травы хранились правильно, они должны сохранить свой естественный, первоначальный (полученный сразу после сушки) цвет, запах и структуру. Это значит, что листья и травы обычно должны иметь зеленый цвет, а цветки, плоды, корни также должны сохранять характерную, естественную для каждого вида растительного сырья в высушенном состоянии окраску. Цвет определяют при дневном освещении, запах — при растирании растительных тканей. Сырье не должно иметь запаха плесени и других не свойственных ему запахов.

Плоды ягод черники, малины и т. п. не должны слипаться в комки, при растирании не должны пачкать ладоней. Цветки, листья, травы не должны рассыпаться в пыль при растирании, что обычно происходит при пересушивании и хранении в слишком сухом месте. Недопустимо наличие в лекарственном растительном сырье следов присутствия насекомых и грызунов.

Из фитопрепаратов,готавливаемых в домашних условиях, наибольшей популярностью пользуются настои и отвары. Ведь для их приготовления не требуется практически ничего, кроме воды и лекарственного растительного сырья. В прошлом в народной практике очень часто использовался такой вид водного извлечения из лекарственного растительного сырья, как напар. По своим свойствам он очень близок к настою. Для его приготовления зелье (лекарственное растительное сырье) заливали кипятком и в закрытой посуде целую ночь парили в духовке.

Галеновые препараты в виде настоев и отваров должны готовиться с учетом рекомендаций Государственной фармакопеи СССР. Как их готовить?

Сухое растительное сырье отмеряют по весу, а экстрагент (извлекатель),

в данном случае воду, — по объему. Обычная концентрация водных извлечений из сырья, несодержащего сильнодействующих веществ, — от 1:10 до 1:20. Водные извлечения из сильнодействующего сырья готовятся только в аптеках (в концентрации 1:30), а для сырья с ядовитыми веществами соответствующая концентрация составляет 1:200—1:400.

Рекомендуется для приготовления настоя 10 г сырья поместить в эмалированную посуду, залить 200 мл горячей кипяченой воды, закрыть крышкой и нагревать на кипящей водяной бане 15 минут. Затем охлаждают 45 минут при комнатной температуре, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл.

Для приготовления отвара 10 г сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл горячей кипяченой воды, закрывают крышкой и нагревают на кипящей водяной бане 30 минут, охлаждают при комнатной температуре 10 минут, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного отвара доводят кипяченой водой до 200 мл.

Если настои чаще всего готовят из листьев, цветков и трав, то отвары — из более грубых частей растения (корней, корневищ, коры и плодов).

Иногда рекомендуют готовить отвары из лекарственного растительного сырья непосредственным кипячением на медленном огне в течение 15—20 минут («Химия и жизнь». — 1988. — № 8. — С. 56—59). Нельзя сказать, что отвар, полученный таким способом, не будет обладать лечебным эффектом, но он может быть снижен за счет частичного разложения ряда биологически активных веществ (например, витамина С), так как приготовление в данном случае ведется в жестких условиях, если температура нагрева отвара достигает 100 °С.

Как избежать ошибок при приготовлении настоев и отваров в домашних условиях?

Недопустимо при приготовлении водных вытяжек использование металлической и металлизированной посуды во избежание реакции действующих веществ растительного сырья с металлом.

Следует пользоваться посудой эмалированной или глиняной.

Чтобы получить нужную концентрацию экстрактивных действующих веществ, согласно выписанному врачом рецепту, нельзя забывать, что сырье после приготовления настоя или отвара *следует обязательно отжать* (лучше в нескольких слоях марли), а полученный настой или отвар *довести до первоначального объема (200 мл) кипяченой водой*.

Не всегда знают, что такое водяная баня — в чем ее назначение. Эта несложная конструкция состоит из двух разного объема емкостей. Большая из них с налитой в нее водой помещается непосредственно на нагреватель — плиту электрическую, газовую, в меньшую кладут лекарственное растительное сырье, которое заливается кипятком, и ее помещают в большую. Например, кастрюли вкладывают одна в другую таким образом, чтобы приготовление настоя или отвара в меньшей из них шло на пару. В то время как вода в «бане» кипит, температура настоя или отвара остается ниже ее температуры кипения. Таким образом, приготовление отваров и настоев ведется в щадящих, мягких условиях, исключается пригорание растительного сырья, что способствует максимальному сохранению действующих веществ растительного сырья. Хочу подчеркнуть, лекарственными травами можно пользоваться лишь по рекомендации лечащего врача. Только врач может установить диагноз, учесть индивидуальные особенности больного, выявить сопутствующие заболевания.

В заключение советую прочитать:

Кузнецова М. А. Лекарственное растительное сырье и препараты. Справочное пособие. — М.: Высшая школа, 1987.

Ладынина Е. А., Морозова Р. С. Лечение травами // Химия и жизнь. — 1988. — № 8. — С. 56—60.

Носаль М. А., Носаль И. М. Лекарственные растения и способы их применения в народе. — Киев, 1958.

Соколов С. Я., Замотаев И. П. Справочник по лекарственным растениям. — М.: Медицина, 1985.

ДОМАШНЕМУ «ПСИХОТЕРАПЕВТУ»

Все чаще поводом для обращения к врачу-психотерапевту становится ныне элементарное неумение *строить и гармонизировать свои отношения с близкими, в семье, на работе*. Конечно, повод оправданный — психологический конфликт, душевный разлад, если уже возник, это серьезно. И все же, так ли беспомощен перед самим собой человек? Что мешает ему самостоятельно ориентироваться в свойствах и чертах характера своего и значимого для него человека, близкого?

Увы, не каждому открылись сокровища знаний о духовном опыте людей, заключенные в шедеврах классической и современной художественной литературы, искусства. Что же говорить о возможностях постижения науки психологии — это удел специалистов. А ведь даже в рамках школьного образования должен получить каждый человек достаточный минимум понятий — тех слов и образов, с помощью которых он мог бы выразить элементарное суждение о свойствах души человека, чертах характера собственного и окружающих его людей. Не случайно такой популярностью пользуются теперь (впрочем, как и прежде в человеческой культуре) описания астрологических психотипов (типичных черт характеров) в так называемых гороскопах — зодиакальных (западных и восточных, как их представляют в расхожих списках).

Надо ли говорить о пользе познания самого себя, усвоения достояний культуры в этой области, хотя бы в старинной астрологической «упаковке». Но вопросы возникают и не должны оставаться без ответа. Вот почему с них и начинают свою астрологическую консультацию авторы публикуемой статьи, предназначенной тем, кто хотел бы шире посмотреть на свои взаимоотношения в семье, задуматься о роли в них типичных черт характера.

М. ЛЕВИН, Ф. ВЕЛИЧКО

«ВСЕ ВРУТ КАЛЕНДАРИ...»?

Многие задают подобный вопрос, знакомясь с гороскопами, которые теперь предлагают чуть ли не на каждом углу и в которых на основании одной лишь даты рождения (день, месяц) расписывается характер человека и то, что суждено ему в жизни. Ни шагу без шпаргалки-календаря? Но чем это обосновывается?

Сомнения вполне понятные и закономерные. Ведь и само слово «гороскоп» многие понимают совершенно неправильно, а следовательно, и вопросы возникают также неопределенные. Понятие это, появившееся в глубокой древности, означает «наблюдаю час» в буквальном переводе с греческого («хора» — час, «скопео» — наблюдать), и составлением гороскопов занимались еще храмовые жрецы (письменные свидетельства датированы III тыс. до н. э.) в Шумере и Древнем Египте.

Полагая, что гармония вселенной («небесная гармония»), которую они наблюдали в закономерностях движения звезд и планет, воплощена и в самом человеке, «посвященные» — астрологи из века в век накапливали знания не только об астрономических явлениях, но и о свойствах тела и души человека, пытались практически использовать представления о взаимосвязи микрокосма человека и макрокосма вселенной.

По существу, астрологи пытались прежде всего выявить то, что сегодня мы называем биоритмами, — во всем их широком спектре. Это и лунный, и солнечный циклы, и суточные, сезонные ритмы живой природы, и периодичность звездных явлений (вопросы эти освещены в рубрике «Концепции времени и здоровья» в выпусках № 1, 2 и 3 факультета «Твое здоровье» в текущем году). Согласно астрологическим представлениям и в характере человека, определяющего его поведение, также заключена универсальная гармония. Иными словами, зависящие от биоритмологической картины жизненные циклы человека влияют на его характер и поведение.

Что касается расхожих перепечаток гороскопов, то они не случайно выглядят как бы на одно лицо. И в этом легко убедиться, потому что в большинстве случаев речь в них идет о 12 астрологических психотипах (это описания типов характеров человека), привязанных каждый к своему солнечному знаку, то есть к 12 знакам зодиака (об этом смотри в выпуске № 3/89 факультета «Твое здоровье» в рубрике «Концепции времени и здоровья»). Каждый человек рождается под одним из 12 солнечных знаков — под знаком зодиака, в котором, согласно астрологическим представлениям, находилось солнце в день его рождения.

Названия солнечных знаков в гороскопах играют своеобразную мнемоническую роль, обозначая и позволяя запомнить целую группу примечательных черт характера, относящегося к тому или иному астрологическому психотипу, описания которых дошли до нас из глубины веков. Например, психотип Тельца, могучая жизненная сила и тихое упорство которого опоэтизированы в мифах, сложившихся еще в ранних земледельческих

цивилизациях. Образ Тельца заключает в себе комплекс примечательных черт характера, равно как и психотипы других знаков.

С другой стороны, с помощью солнечных знаков осуществлялась и привязка жизненных циклов человека к сезонным ритмам. Например, знак «Овен» (не путать с созвездием Овна) соответствует периоду начала весны (в Северном полушарии); когда день становится длиннее ночи, возвещая начало нового солнечного года (цикла). О солнечном цикле и зодиакальной хронологии было рассказано в прошлом выпуске факультета «Твое здоровье» (№ 3/89). Здесь же читателю будет представлено астрологическое содержание солнечного знака в отношении к выделяемым в гороскопах психотипам.

Нередко (и как правило) у неискушенной публики — потребителей расхожих перепечаток гороскопов возникает законный вопрос: что же получается? Значит, человек, наделенный теми или иными типичными, ярко выраженными чертами характера, психологическими особенностями и способностями, рождается лишь раз в году, в специально «отведенное» пресловутой судьбой время года да к тому же ограниченное всего-навсего месяцем? **Можно ли верить в то, что люди с определенным характером появляются всегда в одно и то же время, все вместе, из года в год?**

Действительно, гороскопы, которые теперь ходят по рукам, примитивны, а зачастую и неверны прежде всего в наивной попытке предсказаний жизненного пути. Главный порок — в них даются лишь сведения, относящиеся к солнечному знаку, искусственно вычлененные из целостной системы астрологических представлений, то есть без учета всей совокупности циклических космических и планетных факторов, о которых идет речь в астрологических руководствах.

Достаточно сказать, что если, кроме даты рождения, учесть и час его (по местному времени), то вариантов характеров (психотипов) в астрологических руководствах приводят уже 288. А если при этом учитывать положение Луны и всех планет, то число определяемых вариаций психотипов намного превзойдет число всех когда-либо живших и ныне живущих на земле людей.

Подобно тому как четыре типа темперамента, по Гиппократу (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик), используемые в науке и поныне, не исчерпывают всего разнообразия психологических черт индивидуальностей, так и 12 астрологических психотипов, не исчерпывая его, в своей сово-

купности, раскрывают нам картину целого в характере человека. Иными словами, в характере любого человека так или иначе присутствуют качества всех 12 зодиакальных — солнечных знаков. Но даже повседневный опыт подсказывает, что в каждом из нас можно найти преобладание тех или иных психических черт, подчеркивающих нашу индивидуальность.

В конечном итоге темперамент холерика или флегматика определяет типичные черты поведения, психический склад личности, который в астрологии отражают соответственно психотипы Овна или Козерога. Надо сказать, что астрологический психотип существует в реальности бытия — культурной среде, биосоциальной и социально-экономической, а жизненные обстоятельства и опыт, воспитание могут существенно видоизменять проявления характерных психических черт человека. Однако и сам психотип выделяет в жизненной ситуации, в среде прежде всего то, что созвучно ему самому. И в стремлении к согласию с самим собой, со своей внутренней психической жизнью заключена важнейшая основа того психического равновесия, той психологической установки, которые необходимы для достижения гармонии внешнего и внутреннего в мироощущении человека. В этом и основа здоровья — психического и физического благополучия, и выражение цельности натуры человека.

Между тем, если вернуться к вопросу о солнечном знаке — 12 зодиакальных психотипах, пожалуй, имеется только один случай, когда применение их в отдельности (без учета влияний остальных факторов — положения на Зодиаке всех планет солнечной системы, Луны) может быть правомерным. Дело в том, что наиболее ярко черты солнечного знака у человека проявляются в детском возрасте, когда психические стереотипы еще только начинают формироваться. Представляется, что родителям ребенка, заботящимся о его будущем, нелишне будет воспользоваться знаниями об астрологических психотипах, хотя бы в рамках зодиакального солнечного знака, под которым он родился. Вот почему далее мы предлагаем ознакомиться с характеристиками психотипов, соответствующих 12 зодиакальным знакам; в надежде на то, что это поможет читателю еще раз оценить, насколько гармонично он строит свои взаимоотношения с детьми. Ведь воспитывая их, одни и те же навыки можно привить различными способами. Важно лишь, чтобы к каждому психотипу был вовремя найден свой ключ.

В скобках указан период нахождения Солнца в данном зодиакальном знаке, а психотип относится к ребенку, рожденному в указанный период.

Психотип «овен» (21 марта — 20 апреля)

Энергичный, жизнерадостный ребенок, смелый, тянется ко всему новому, активно исследуя мир вокруг себя. На слово не верит, учится только на своем опыте, потрогает горячий чайник, залезет в любое запретное место. Он несколько упрям, своен волен, не любит, когда его ограничивают. У девочек часто проявляются мальчишеские замашки.

У ребенка богатое воображение, он переполнен впечатлениями, это благодарный слушатель сказок, но жестокие сказки ему противопоказаны. Очень возбуждается в чересчур живых играх и потом его трудно успокоить. За все берется с большим энтузиазмом, но его запал — как солома: ярко вспыхивает и быстро гаснет. Активный и непоседливый, импульсивный, он сначала действует, а потом думает. Но мыслит он очень логично.

Ему не хватает настойчивости и целеустремленности. Если натывается на серьезные препятствия, он бросает это и переходит к чему-нибудь другому, не менее интересному. Мягко помогите ему справиться с трудностями и довести дело до конца. Не делайте все за него, он склонен перекладывать на других то, к чему теряет интерес. Поощряя в нем стремление к самостоятельности, надо выработать у него чувство ответственности. Но самое главное — научить его обращать внимание на чувства других людей, потому что он склонен считаться только с собой.

Не вступайте с ним в пререкания, на ваше слово он ответит десятью. Требования ваши должны быть выражены ясно, логичны и апеллировать к его разуму. Круг его обязанностей должен быть четко очерчен. Но не следует делать трагедии, если он заиграется и забудет выполнить что-нибудь вовремя. Помните — это натура увлекающаяся. Неорганизованность в вашем ребенке надо преодолевать очень мягко и спокойно, но настойчиво.

В школе он будет учиться неровно, успевать по тем предметам, которые любит, и пренебрегать всем остальным. Не запускаяйте это отставание, но и не заставляйте быть круглым отличником. После школы ему обязательно нужен короткий отдых, затем сразу сажайте за домашнее задание, чтобы он не засиживался с ним допоздна.

Маленький «овен» нуждается в полноценном ночном сне (больше средней нормы),

поскольку тратит очень много энергии. Если жалуется на головную боль — его нервная система перегружена. Болеет он бурно, с высокой температурой, но жизнеспособность у него хорошая: от болезни оправляется быстро. Главное — удержать его в постели.

Занятия спортом дадут выход его энергии, но избегайте видов спорта, в которых нередки травмы головы.

Психотип «телец» (21 апреля — 20 мая)

Милый, ласковый, зачастую очень красивый ребенок далеко не прост! Он потребует от вас много любви, потому что в глубине его легкоранимой души зреет впечатление, что его никто не любит, что к нему несерьезно относятся. Ему ежечасно нужно демонстрировать любовь, подбадривать на действия. Он ласков и привязчив, но с хитрецей: «Ласковый теленок двух маток сосет».

Зов пола силен в вашем ребенке. В мальчиках проявляется все мальчишеское, девочки — «папины дочки». С раннего возраста «телец» любит красиво одеваться, вообще чувство красоты в нем развито сильно.

Ваш ребенок хорошо знает, чего он хочет и упорно стремится к этому. Но его психика не очень пластична, ему трудно переключаться с одного предмета на другой. Поэтому ему не следует давать два задания одновременно.

В воспитании вам придется нелегко. «Мягкие» родители — злейшие враги «теляца», он сможет от них добиться всего, что он хочет. Но и слишком сильному нажиму он отчаянно сопротивляется, приходит в ярость, становится агрессивным и неуправляемым. Но он практичен, и если ему объяснять необходимость каких-то дел, мягко и с позиций здравого смысла, он вас поймет. Отвлеченные рассуждения, как и чтение морали, он пропустит мимо ушей. Разговаривайте с ним конкретно.

Аккуратность в нем развить легко, обратите только внимание, чтобы она не была поверхностной. К примеру, убирая комнату, он не заглянет под кровать. То, чего он не видит или не слышит, для него не существует. Постарайтесь в нем развить инициативу и уверенность в своих силах, расширяйте его кругозор. У него основательный, но несколько медлительный ум, к школе его надо готовить заранее.

Не упускайте случая его похвалить, ни в коем случае не ругайте за медлительность. На вопросы его надо отвечать терпеливо. Попадая в центр внимания, он теряет себя, при гостях его лучше предоставить самому себе. Но он чувствует большую потребность в общении и ей не надо препятствовать.

Его неуверенность может помешать ему в школе. При обучении помогите ему выработать технические навыки, он их легче принимает, чем общие правила. Трудные моменты пройдите с ним вместе несколько раз. Сначала покажите сами, а потом повторите вместе с ним и, наконец, убедите его, что он этим навыком овладел. У него неплохо получается любая работа руками, и это надо всемерно поощрять, поскольку это поможет развить и его ум.

Слабое место «тельца» — горло и уши. В раннем детстве берегите его от отита и ангины. Приучите его дышать носом. Его аппетит часто зависит от того, насколько красиво накрыт стол. В спорте выбирайте менее резкие и жесткие виды (лыжи, гимнастика, плавание).

Психотип «близнецы» (21 мая — 20 июня)

Подвижный, любознательный ребенок с разносторонними интересами, общителен, легко заводит друзей, и также легко, без особых переживаний, расстается с ними, когда они становятся ему неинтересны. Он легко, быстро переключается с одного дела на другое, способен заниматься сразу несколькими делами. Его живой, подвижный ум требует большого количества разнообразных впечатлений, однообразие его угнетает.

Обладает тонко организованной нервной системой и легко возбудим, поэтому нуждается в спокойной семейной обстановке. Конфликты родителей переживает очень остро, хотя по его поведению вы можете этого не заметить. Он не любит сильно выражать свои чувства. Не обладая большой внутренней устойчивостью, ждет от родителей поддержки и хочет быть уверен в том, что в своем доме он всегда найдет опору и понимание, мир и покой.

Ребенок любит порядок, но не любит сам его наводить. Начинать воспитывать в нем привычку к аккуратности надо как можно раньше и продолжать контроль в течение многих лет: он легко приобретает новые привычки, но и легко их теряет. Приучайте его с раннего детства к работе руками, тонкой и скрупулезной (лепка, резьба по дереву, вышивка) — это дисциплинирует его ум. Для его развития полезно учить его музыке, например, игре на фортепиано.

Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок вырос дилетантом во всем, постарайтесь выработать в нем настойчивость и волю. Он схватывает все на лету, и благодаря этой способности, может учиться хорошо. Но там, где требуются длительные усилия, он быстро устанет, ему станет скучно и он переключится на что-нибудь другое. Поэтому часто его знаниям не хватает основательности, глуби-

ны. Его выручает хорошая память и умение свободно использовать свои знания, обходить пробелы, которые он сам не замечает.

Чтобы он не привык идти по линии наименьшего сопротивления, занимайтесь постоянно и регулярно тем, что у него легко идет, например иностранными языками. Это поможет воспитать в нем привычку к работе.

Чтобы он меньше уставал в школе, ему нужны прогулки на свежем воздухе, спокойный сон и занятия спортом. Очень полезна для него дыхательная гимнастика: бронхиты — бич этого психотипа. Он рано начнет ходить, приучите его падать «по правилам», комочком, не выбрасывая вперед руки, чтобы избежать переломов.

Психотип «рак» (21 июня — 21 июля)

Впечатлителен, чувствует малейшие нюансы отношения к себе. Его надо любить всей душой, смеяться с ним и искренне ему сочувствовать (он очень чутко ловит фальшь), а главное — успокаивать его страхи. Он боится спать в темноте, боится оставаться один, боится, что мама забудет взять его из детского сада... Не смейтесь над его страхами, он болезненно на это реагирует, лучше выработайте обязательность в себе: он очень нервничает, когда мама опаздывает.

И помните: успокаивая его, вы сами должны быть спокойны — ему легко передается ваше беспокойство и неуверенность.

Он ответит на чуткость и заботу родителей любовью и привязанностью, будет очень доверчивым и домашним. Его эмоциональная натура постоянно требует внимания родителей — впоследствии он сторицей вернет вам вашу заботу, но неуважение и невнимание — действительное или придуманное — он будет переживать долго и может замкнуться в себе.

Девочек этого психотипа можно рано подключать к домашним делам и скоро они станут хорошими помощницами. «Рак» педантичен в мелочах, и если он возьмется за уборку, он вычистит и вылижет все углы и закоулки. Но регулярно поддерживать порядок он не хочет. На его столе постоянно грудой будут лежать книги, бумаги, смешанные в кучу. Но не очень ругайте его — это не главная его беда. В его воспитании родители должны занимать единую позицию, так как «рак» стремится приспособиться и к отцу, и к матери.

Не очень уверенный в себе и чувствительный к мнению окружающих, он нелегко адаптируется в детском коллективе. Почаще приглашайте его друзей в дом — на своей территории он чувствует себя спокойнее. Если он не приводит друзей к себе, это при-

знак того, что у него нет контакта с родителями.

И в школе для него важнее содержания предмета будет отношение к нему учителя — у любимого учителя он будет учиться очень хорошо. Если он не успевает по какому-то предмету, разберитесь в его отношениях с преподавателем.

На уроках он может быть невнимателен, в это время он плавает в пространстве своего воображения. Его мечтательность может растянуть надолго выполнение домашнего задания. Его регулярно надо подталкивать. Но не ведите его все время за руку — ему надо научиться самостоятельности. Кажущееся безволие пусть вас не беспокоит — в нем есть тихое упорство, но только в том, что он считает важным для себя.

Внимательно следите за его питанием. Пищеварительная система — его слабое место, особенно желудок. В первые годы жизни его надо кормить только свежеприготовленной пищей, по возможности избегая консервов. Не перекармливайте его, не кормите насильно — вы можете основательно и надолго подавить его аппетит, который очень зависит от настроения «рака». Меню пусть выбирают родители — «рак» склонен выбирать то, что ему вреднее.

(22 июля — 22 августа)

Творческую натуру «льва» не следует ни в коем случае подавлять. Иначе он может остаться угрюмым и замкнутым или совершенно безвольным на всю жизнь. И не насмехайтесь над его склонностью прихвастнуть — пока он маленький, в этом выражается его склонность к первенству. Он очень несчастлив, если не может быть первым учеником в классе, победителем в спорте, игре. Часто это становится камнем преткновения во взаимоотношениях со сверстниками и со старшими братьями и сестрами.

Дайте ему возможность выполнять в доме ответственную и престижную работу, чтобы он мог делом завоевать желанный авторитет, например опекать младших, и вы сами будьте на высоте: не оскорбляйте его обостренное чувство собственного достоинства и держите данное ему слово. По характеру он доверчив, но обман запоминает очень надолго и не прощает любое неблагоприятство. Полезно советоваться с ним на равных в серьезных вопросах, но доступных его пониманию.

При этом обязательно научите его уважать достоинство других, не позволяйте ему стать семейным тираном. Воспитывайте в нем умение сдерживать свой гнев, тогда присущие его типу благородство и добропорядочность смогут развиваться свободно. Будьте осторожны с подарками, иначе он

очень быстро приобретет привычку к дорогим вещам.

Способности и склонности «льва» надо выявить еще в раннем детстве и как можно раньше ориентировать его. Он будет работать упорно и целеустремленно, имея перед собой перспективу. Особенно его подстегнут успехи, и в первую очередь их признание окружающими, заслуженное одобрение будет тем ветром, который раздует его творческий огонь. «Лев» должен работать в полную силу, пусть он занимается в кружках, развивается в художественном или музыкальном направлении. Кружки пусть выбирает он сам, но вы следите за ним: он не очень разборчив в друзьях.

Ему полезно рано вставать и сразу включаться в дневной ритм. Слегка спартанское воспитание поможет ему постоянно поддерживать хорошую форму. При всей внешней крепости «лев» уязвим: неприятности, нервное напряжение, срывы, стресс в первую очередь неблагоприятно влияют на сердечную деятельность. Поэтому последите за сердцем вашего ребенка, сам он склонен к переоценке своих сил и не обратит внимания на легкое недомогание.

(23 августа — 22 сентября)

У вашего ребенка есть достоинства, отсутствующие у многих: он терпелив, чистоплотен и обязателен. Он хорошо вписывается в семейные правила, но хочет постоянного и устойчивого распорядка жизни, не любит частых перемен и боится неожиданных изменений. Ему нравится все логичное, точное, конкретное; расплывчатость, туманность, беспорядок действуют на него плохо. «Дева» аккуратна в мелочах, но общий порядок поддерживать ей трудно.

Этот знак ищет в родителях надежной опоры, ему надо быть уверенным в том, что его не оставят на произвол судьбы. Он не требует от вас слишком большого внимания и заботы, но надо быть готовым всерьез посочувствовать ему и помочь в любых трудностях, пусть даже и не очень серьезных. Этого достаточно для поддержания тесного контакта. Постарайтесь как можно меньше упрекать «деву». На ошибки надо указывать как можно мягче — этот психотип чаще и сильнее других склонен чувствовать себя виноватым. Он пытается уравновесить в себе это чувство повышенным критицизмом. В жизни оба эти полюса создают большие трудности «деве».

Поддерживайте малейшие ростки инициативы в вашем ребенке. Руководить им легко — надо только время от времени направлять его занятия, а вот своей инициативы ему не хватает. Проанализируйте свои при-

вычки — «дева» легко их перенимает, а избавляется от них с огромным трудом и очень медленно. Поэтому, по возможности, не меняйте систему воспитания.

Преподавателей у «девы» надо менять только в крайнем случае. Учиться она будет прилежно, учитель для нее — большой авторитет. Если «дева» плохо учится, причин может быть две: либо она утопает в мелочах, в большом количестве деталей и ей надо помочь увидеть главное (ей это пригодится и в жизни), либо за этим стоят серьезные эмоциональные напряжения в школе или дома. Выработайте умение находить разные подходы к теме, «дева» склонна привязываться к одной форме.

Усидчивой «деве» надо делать небольшие, но частые паузы, а вечером пораньше отправлять спать, чтобы избежать переутомления. Могут возникнуть проблемы со школьными завтраками — «дева» разборчива в еде и очень брезглива. В этом случае пусть берет завтрак с собой. Чувствительный пункт в организме «девы» — кишечник, все стрессы сильно на нем отражаются. Не демонстрируйте ребенку свою озабоченность его здоровьем — он немного мнителен.

«Деве» полезно учиться петь.

Психотип «весы» (23 сентября — 22 октября)

Чуть ли не самое важное для него — гармония в близком окружении, особенно в семье. Добродушный и веселый, не капризный ребенок очень сильно реагирует на конфликт, может даже заболеть. Сам он тщательно избегает открытых конфликтов, старается смягчить атмосферу, готов пойти на компромисс, не стремится победить в споре во что бы то ни стало. Ему чужд дух соревнования, его душе ближе сотрудничество. У него развито чувство справедливости и судит он беспристрастно.

При всей внешней гибкости этот психотип имеет удивительно устойчивую внутреннюю систему ценностей. Задача родителей — помочь правильно и вовремя сформировать эту систему, а сложившееся отношение к миру у «весов» изменить очень трудно.

Тонкое восприятие красоты и чувство гармонии помогает выработать у вашего ребенка хороший вкус и, опираясь на это, можно научить его правильно соотносить цену и ценность. «Весы» — знак общительный, легко сходится с людьми, сохраняя при этом внутреннюю независимость. Он не любит больших обезличенных компаний, предпочитая камерную атмосферу.

«Весы» очень внимательны к своему внешнему виду. У «весов»-девочек это часто превращается в болезненную проблему: им кажется, что они непривлекательны, и зада-

ча родителей помочь им преодолеть связанную с этим скованность и неуверенность. Родителям надо быть внимательнее, так как «весы» не склонны демонстрировать свои трудности и проблемы. Ребенок поделится ими только при очень близком контакте.

Ориентировать этот психотип надо на профессию, не связанную с продолжительной и однообразной работой. Ему нужна возможность проявить инициативу или свое умение общаться с людьми. Это обнаружится уже в школе. Есть, правда, опасность, что друзья и общественная работа не оставят достаточно времени для занятий.

Живой и восприимчивый ум компенсирует в школе нежелание преодолевать себя. Можно помочь ребенку соблюсти правильную пропорцию, апеллируя к его чувству долга.

В физическом плане обратите внимание на укрепление мышц спины, особенно в области поясницы. Полезно заниматься пластической гимнастикой, танцами. Берегите «весы», особенно девочек, от простуд и переохлаждения тазовой области. И обратите внимание на работу мочевыделительной системы.

Психотип «скорпион» (23 октября — 21 ноября)

Ваш ребенок переполнен энергией и ей обязательно надо дать выход, иначе он будет капризен, упрям или начнет все делать наперекор. Ему нужно серьезное дело, лучше всего связанное с освоением окружающего пространства. В этом знаке девочки сильно отличаются от мальчиков, они милы и обаятельны, тогда как мальчик склонен к крайностям и непрерывно стремится за грань дозволенного. Острое любопытство, впрочем, присуще обоим полам, поэтому за ползунками нужен глаз да глаз.

Маленький «скорпион» — весь концентрированное желание, не признающее никаких компромиссов. В воспитании совершенно не годится тактика приказов и категоричных запретов — прежде чем прибегать к наказанию, попытайтесь воздействовать убеждениями и уговорами. Он легче воспримет ваши доводы, если вы сумеете их представить как его собственные. Присущая ему критичность заставляет его подвергать сомнению чужие мнения. Но бессознательно он одинаково легко впитывает и хорошее и плохое, поэтому проследите за его окружением и за собой.

Во внешнем поведении он может быть мягок, но внутренняя эмоциональная жизнь у него очень напряженная. Свои права и вещи он будет отстаивать упорно. Отступает он только для того, чтобы продолжить борьбу на новом уровне. Его нелюбовь к по-

рядку — это нежелание подчиняться чужим правилам. Предоставьте ему его территорию, но точно обозначьте ее границы, иначе он попытается захватить весь дом.

В раннем возрасте типичные детские страхи усиливаются его повышенной эмоциональностью. Появление младшего брата или сестры он будет переживать очень остро, болезненно ревновать родителей. Подготовьте его заранее и пусть отец уделяет ему побольше внимания, пока мать занята младшим.

«Скорпион» рано начинает стремиться к самостоятельности. Учиться он может хорошо, если захочет. Но может учиться и кое-как, демонстрируя свою независимость от общего мнения, хотя мнение сверстников значит для него много. Чтобы этого не произошло, надо использовать его стремление к самоутверждению. Если он почувствует, что сможет утвердить себя в учебе, он выложится весь. В учебе ему может помочь его острое любопытство и аналитический ум. Изучая что-нибудь, он постарается сам научиться это делать. Помогите ему приучиться оформлять результаты его работы, и регулярно, а не методом «большого скачка».

Если «скорпион» часто простужается, вял — это не от недостатка сил, а от неиспользуемого избытка. Ему нужны постоянные физические нагрузки, лучше всего спортивная секция, где регулярные занятия помогут ему преодолеть несобранность.

Вам рано надо начать его половое воспитание. Сделайте это как можно проще, чтобы ослабить жгучий интерес к этой тайне.

Психотип «стрелец» (22 ноября — 20 декабря)

Ребенок этого типа жизнерадостен, правдив, полон надежд и легко раскрывается в общении. Он не любит ограничивать себя ни в еде, ни в развлечениях, ни в жизненном пространстве. Его непосредственность и энтузиазм нужно мудро направлять. Оставьте ему достаточно свободы для саморазвития и не подавляйте его мелочным контролем и чрезмерной опекой. Чувствуя недоверие взрослых, он сам потеряет доверие к ним, может отдалиться от родителей. Его нервозность — верный признак, что вы ведете себя с ним неправильно.

«Стрелец» способен организовать себя, достаточно его познакомить с правилами поведения. Ему доставляет особое удовольствие во всем соблюдать ритуал. Играет он строго по правилам, его привлекают торжественные церемонии.

В воспитании опирайтесь на его чувство чести и долга. Он изо всех сил будет стараться оправдать ваше доверие. Помогите ему избавиться от излишней прямолинейности

во взаимоотношениях и слегка умерить свое самолюбие. Для расширения кругозора полезно приобщить его к искусству. Круг чтения у него не очень широк и времени на книги он тратит не слишком много, его активность побуждает его к действию, поэтому вкус к книгам надо вовремя привить.

«Стрелец» хорошо работает, если ясно видит цель. Надо только научить его обращать внимание на детали. Для него много значат отметки и высказанная при всех похвала. Он и сам не прочь похвастаться своими успехами. Эту мечту лучше не подавлять, а использовать как стимул. Если у «стрельца» что-то не получается, он начинает нервничать и конфликтовать. Если его права ущемляют, он будет бороться за них прямо и открыто. Конфликты в школе могут возникать и потому, что он не любит как фамильярности, так и пренебрежительного отношения. Он стремится завоевать авторитет также и общественной деятельностью.

Здоровье «стрельца» очень зависит от его душевного состояния. Неугнетенному ребенку не страшны простуды и нарушения диеты; у «стрельцов»-неудачников сопротивляемость резко падает. В этом случае будьте внимательны к жалобам на неприятные ощущения под ложечкой и в правом подреберье. Это может указывать на нарушения в работе печени — чувствительного места «стрельца».

«Стрельцу» показан любой вид спорта, но привлекает его в первую очередь дух соревнования.

Психотип «козерог» (21 декабря — 19 января)

Это кошка, которая ходит «сама по себе». Его эмоциональные контакты прочны, но при этом он внутренне всегда немного отстранен, углублен и застенчив, хотя и скрывает это. В нем есть внутренняя серьезность и взрослость, отвечая на его вопросы, ему надо обязательно объяснить, почему вышло так, а не иначе. Он примет ваш порядок в доме, если вы логично объясните, почему надо делать именно так. Но постарайтесь не подавить при этом его собственный подход: «козерог» достаточно практичен и обладает внутренней организованностью. Пример он воспримет лучше, чем совет.

Он немного капризен, очень самолюбив и обидчив. Не требуйте, чтобы он признал свою вину и просил прощения: вы добьетесь упорного и молчаливого сопротивления. Лучше дайте ему возможность исправить ошибку, а затем похвалите. Он нуждается в поддержке и защите, подсознательно он стремится к прочности и надежности и ждет этого в первую очередь от отца, привязан к семейным традициям. Если он убедится, что

родительский кров — оплот его надежности, он будет помогать вам, когда станет крепко на ноги.

Используйте его желание быть полезным. Поручайте ему посильные дела, объясните ему четко, что надо сделать и не следите за каждым его шагом, «козерог» не выносит навязчивости. Предоставьте ему возможность самому обратиться к вам. Приветствуйте сборы его друзей у себя на квартире — это поможет ему преодолеть свою отстраненность. Близких друзей у него немного, но он их выбирает тщательно.

В учебе он стремится освоить общий метод. На первых порах он нуждается в вашей помощи. Неудачи могут усилить его неуверенность в себе, и он совсем забросит этот предмет. Ему нужен успех, чтобы обрести уверенность. Хвалите его, но только за дело, незаслуженную похвалу он не примет. Ваше искреннее, но немногословное одобрение для него будет важнее отметки. Острая реакция на несправедливость учителя тоже может повлиять на его учебу.

Не тревожьтесь, если он развивается несколько замедленно — способности «козерога» раскрываются лишь в зрелом возрасте. Ему может трудно удаваться всякого рода гимнастика и плавание, но именно этим надо заниматься. Подберите упражнения, увеличивающие гибкость позвоночника и суставов. К воде приучайте с раннего детства и обязательно закаливаете — в зрелом возрасте это поможет избежать ревматизма. Но не переусердствуйте в закаливании, для него холод — большая нагрузка.

Психотип «водолей» (20 января — 19 февраля)

Общительный и очень обаятельный ребенок; в первые же годы жизни испытывает вас на прочность. Он будет нарушать ваши запреты, откажется делать то, что вы от него требуете, и выберет именно ту область, которую вы сильнее всего подчеркиваете. Поэтому не окружайте его лишними запретами, но в самом главном вы должны быть непреклонны.

Если вы уступите, то вам придется уступать всегда, но если «водолей» почувствует вашу внутреннюю силу, он будет вас уважать. «Водолей» очень упорен в своих желаниях, но внутренне очень разумен и не по годам логичен. С ним следует держаться на равных, показывая, что видите в нем взрослого. Спокойная логика — лучший способ его убедить, особенно если вы сможете обратиться к его человечности и способности поставить себя на место другого.

С «водолеем» надо набраться терпения и до конца выслушивать его обстоятельные рассказы. Не подавляйте его интерес ко все-

му новому и не отталкивайте от себя. Он в своем развитии очень сильно тянется к старшим, стремясь обогнать свой возраст. Чтение его привлекает больше, чем игрушки, и читает он все подряд. Со старшими братьями и сестрами он будет держаться независимо, любит заботиться о младших. Животное в доме — для него большая радость, он будет ухаживать за ним, защищать его. Не воспринимайте чересчур всерьез вспыльчивость «водолея», промолчите, и он быстро утихнет, если же вы будете спорить с ним, он может разнервничаться надолго. В коллективе сверстников он чувствует себя свободно. Очень важно научить его этической терпимости, чтобы он не видел мир только черным или белым. Постарайтесь разумно преодолеть его категоричность в выводах.

Учеба дается ему легко, он обладает большой усидчивостью, но надо поддерживать в нем интерес к занятиям, обращая его внимание на новое, необычное и неочевидное в каждом предмете. Этой цели прекрасно послужит участие в олимпиадах, чтение книг из серии «Занимательная наука».

В отношении здоровья вашему ребенку полезны подвижные игры на свежем воздухе, турпоходы, длительные прогулки, дыхательная гимнастика. Уделите внимание его зубам и миндалинам — в эти места легко проникает инфекция. И проследите за работой печени и желчного пузыря.

Психотип «рыба» (20 февраля — 20 марта)

Ребенок бескорыстен, восприимчив и впечатлителен. Он не любит лгать, но зачастую не может отличить правды от вымысла, так как целиком живет в фантастическом мире своего воображения. Он с увлечением ест, если вы изображаете собой Карлсона. Чтобы загнать его в ванну, надо предложить искупать его игрушечных зверей. Главная ваша задача — привить ребенку элементы реализма. Но не грубо, чтобы не задеть его чувствительность. В сознательной лжи его упрекать нельзя — он сам верит тому, что рассказывает.

Важно также убедить его, что он может сам многого добиться. Дух соревновательности ему чужд, но самостоятельность в нем можно развить. Ставьте перед ним разрешимые задачи, начиная с самых простых и постепенно их усложняя. Обязательно следите, чтобы он доводил дело до последней точки — часто «рыбам» не хватает настойчивости. И учтите, что этот психотип не выдерживает долгого груза большой ответственности, это может вызвать у него психический срыв.

Он всегда готов помочь, но не любит быть

лидером. При этом он обожает быть в роли рассказчика и ему нужна аудитория. Для «рыб» очень важно, в какой среде они живут.

* * *

Мы рассказали лишь о самых общих психологических чертах всех 12 психотипов. И надо учесть, что ребенок, родившийся в последние три дня того или иного солнечного знака, заимствует и черты психотипа следующего за ним знака. Но можно ли воспитывать ребенка, не заботясь о психологической атмосфере во взаимоотношениях в семье, между супругами? Конечно, только солнечный знак, под которым рожден ваш супруг, в отдельности (без остальных планетных характеристик) дает лишь самые общие представления о его психотипе, без учета индивидуальности. Но попробуйте воспользоваться основанными на солнечном знаке советами и рекомендациями, подумайте и вы, как улучшить психологический климат, добиваясь гармонии в общении, во взаимоотношениях.

Как добиться гармонии в общении

Овен (21 марта — 20 апреля). Идя на союз с «овном», нужно быть готовым больше отдавать, чем брать. Следует сыграть на его самолюбии и держать его в уверенности, что именно он правит миром. Он совершенно по-детски раздражается гневом, вспышкивает. Спокойно переждите бурный период (как правило, очень короткий) — твердо, но вежливо, пока он не придет в себя и не остынет. Тогда он весь ваш!

Телец (21 апреля — 21 мая). Бесполезно пытаться заставить его изменить уже принятое решение. Чем больше вы настаиваете, тем меньшего добиваетесь. Начинать «обработку» нужно заранее, исподволь, ненавязчиво внушая ему вашу идею, пока он с нею не свыкнется и не примет за свою. Нельзя дразнить «теляца», насмехаться над его привычками и слабостями — взорвется, невзирая ни на какие последствия. Только терпением и мягкостью можно завоевать его сердце. Многого можно достичь, апеллируя к его чувствам: он добросердечен и сентиментален.

Близнецы (22 мая — 21 июня). Терпеливость не входит в число сильных сторон «близнецов», они не умеют замыкаться в себе, повсюду суют свой нос. Если позволите себе упрекнуть их в беспардонности, навязчивости, вы рискуете обратить ее на себя, острый сарказм «близнецов» может вас

больно задеть. Поэтому примите в общении с ними тот дух легкости и веселого юмора, который им более всего по душе. Не упрекайте их в непоследовательности, просто помните, что далеко не каждая высказанная ими идея будет реализована, если вы не позаботитесь об этом сами.

Рак (22 июня — 22 июля). Будьте осторожны в выражениях, ибо «рак» чувствителен, воображает себе больше того, что есть на самом деле, и обладает чрезмерной ранимостью. Он придает большое значение мелочам. Не упускайте случая показать ему, что вы внимательны и восприимчивы к малейшим проявлениям его внимания к вам. Этим избежите ненужных драм, потому что при всякой оказии «рак» раздражается горькими упреками. Проявляйте к нему участие, одарите его теплом вашей души — и милее вас ему никто не будет!

Лев (23 июля — 23 августа). Вы должны проявлять большую гибкость и уступчивость: «лев» очень авторитарен, всем хотел бы управлять сам. Но, как правило, он способен только на общие указания, а все детали в ваших руках, и вы можете делать все так, как этого хотите, не забывая подчеркнуть, что это он направил вас на путь истинный. «Лев» плохо переносит критику. Вызывайте к его доброму сердцу — не прогадаете, в конце концов «лев» готов на уступки, чтобы доставить вам удовольствие. Всегда сохраняйте присутствие духа в общении со «львом», не задевайте его чувство собственного достоинства, особенно при посторонних!

Дева (24 августа — 22 сентября). Никогда не упрекайте за то, что «она» поглощена работой — не поймет! Завзятый труженик, «дева» не признает ни отдыха, ни развлечений, стремясь к совершенству в своих делах. Временами «она» покажется вам занудливой. Держите это мнение при себе, любым упреком в мелочности вы сделаете себе только хуже: гнев «девы» выливается в нескончаемый поток морализирования. «Она» весьма наблюдательна, обладает критическим умом и вам не следует давать повода пустить его в ход против вас.

Весы (23 сентября — 23 октября). Вам повезло: это характер, сам стремящийся к гармонии, вам остается только чуть-чуть подыгрывать своим «весам». Будьте аккуратными, собранными, вежливыми. «Весы» очень чутки к красоте, ненавидят и отвергают вульгарность. В их присутствии будьте осторожны с «громкими» словами: «весы» не любят людей, не сдерживающих своих обе-

шаний и способны публично уличить в пустозвонстве. Никогда не задевайте их чувства справедливости, иначе вместо ягненка, увидите перед собой тигра!

Скорпион (24 октября — 22 ноября). Никогда не оскорбляйте и не унижайте его. Не произносите оскорбительных или даже задевающих (пренебрежительных) слов в его адрес или посторонних. Гордый и памятливы, скорпион вам этого не простит! Под внешней бесстрастностью он таит натуру пылкую и чувствительную. Он нуждается в вашем доверии и очень равнодушен к вашему восхищению им, готов сделать почти невозможное, чтобы доказать вам свою значимость. Используйте это его качество: тонкой лестью и оттенком сомнения (мол, вряд ли это получится, но ведь ты все можешь!) стимулируйте его к выполнению вашего задания. Обращайтесь с ним тактично и мягко.

Стрелец (23 ноября — 21 декабря). У вас отличные шансы на гармонию: «стрелец» чаще всего пребывает в хорошем настроении. Но, внимание! Он боится быть посмешищем, оставаться в дураках и ненавидит того, кто его в таком виде выставляет. Если он заметит, что его великодушие эксплуатируется, он будет мстить безо всякой жалости. Итак, используйте его, но с умом. И следите за тем, чтобы ваше окружение относилось с уважением к его мнению. Тогда вы избежите всякого риска бури!

Козерог (22 декабря — 20 января). Не подрывайте его репутации: Он не переносит, если кто-нибудь сомневается в его благородстве. Очень дружелюбен, но желает получить то же за свои хорошие качества. Убедить его или победить в споре очень трудно. Не критикуйте в нем эту неподатливость — в ней его сила. Он не поймет ваших упреков и ваше нежелание сотрудничать с ним. Старайтесь быть его союзником, он примет вашу помощь и вознаградит ее сторицей.

Водолей (21 января — 18 февраля). Не атакуйте его бунтарский характер. Он призван бороться за свободу и против всяких запретов. Создайте ему такую обстановку, хотя бы на словах. Если будете вставлять палки в колеса — взбунтуется. Не разделяя его точку зрения, сохраняйте благоразумный нейтралитет. Не препятствуйте его стремлениям усовершенствовать что-то в доме: кое-что из нововведений может оказаться очень полезным. «Водолей» очень проницателен; поэтому грубо скроенные уловки он моментально раскусит. Вам придется держаться очень тонкой политики!

Рыбы (19 февраля — 20 марта). Используйте их чувствительность. Великодушные и богатые интуицией, «рыбы» — сочувствующая душа. Малейшая критика их глубоко ранит. «Рыбы» не выносят быть обманутыми и не любят сомнений в их искренности. Старайтесь уверить, во избежание тягостных сцен и отчаяния, в их возможностях. Подчеркивайте результаты, полученные благодаря их проницательности и предусмотрительности. Покажите, что вы уважаете их. Избегайте всякого ранящего слова.

И СОВРЕМЕННО
ПОДПИСЧИКОВ!

В выпусках факультета
«ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ»
из номера в номер
в 1990 году
будет публиковаться

— ПИЛА ДОМАШНЕГО
— РОДОГА —

Вы научитесь самостоятельно строить
календарные прогнозы
для учета биоритмов, составлять
индивидуальные гороскопы
Подписной индекс — 70063
В розничную продажу
издание не поступает

КОНЦЕПЦИИ ВРЕМЕНИ И ЗДОРОВЬЯ

Эмпирическая медицина древности во-
брала в себя многовековой опыт наблюде-
ний связи жизнедеятельности человеческого
организма с сезонами года, с лунной, сол-
нечной и планетарной цикличностью. В пре-
дыдущих наших выпусках, в публикациях
на эту тему — «Хронология, биоритмы, здо-
ровье» (1/89), «Лунный цикл и традицион-
ная медицина», «Что надо знать о лунных
циклах» (2/89), «Сезонный цикл в фокусе
китайской медицины», «Солнечный год и
«небесная» календарная система» (3/89) —
было показано, что в отличие от медицин-
ской доктрины Запада в традиционной во-
сточной медицине здоровье и жизнедеятель-
ность рассматривались в иных временных
исчислениях и космологических воззрениях.

Между тем в этих публикациях с позиций
современной науки были освещены такие
важнейшие основы хронологической кар-
тины мира, как лунный цикл, солнечный
(зодиакальный) год, получили объяснения
представления времен античности и евро-
пейского средневековья о макрокосмосе.
И возвращаясь вновь к вопросу о влиянии
солнечно-планетарной цикличности на жиз-
недеятельность человеческого организма,
коснемся теперь европейских средневековых
космологических воззрений, связанных с
концепцией микро- и макрокосмоса.

ЗОДИАКАЛЬНЫЙ ЧЕЛОВЕК

Концепция человека-микрокосма исто-
рически восходит к древнейшим представ-
лениям о вселенной как космическом теле
первочеловека. Уходящее корнями в глуби-
ну веков мифологическое наследие послу-
жило основой для ее необычайной популяр-
ности в античной традиции, развитой в куль-
туре европейского средневековья, в искусст-
ве и философии эпохи Возрождения и Ново-
го времени (Евсюков В. В. Мифы о все-
ленной. — Новосибирск, 1988). Например, в
античной традиции астрологическая идея о
соотнесенности частей человеческого тела с
семью планетами древних раскрывается у
Птолемея следующим образом.

Луна «управляет» вкусом, желудком, мат-
кой; Меркурий — языком, желчью; Вене-
ра — обонянием, печенью, «шишкой ясно-
видения» (шишковидной железой); Солн-
це — глазами, мозгом, сердцем, нервами и
всеми главными органами; Марс — левым
ухом, почками, венами, тестикулами; Юпи-
тер — осязанием, легкими, артериями, се-
менем; Сатурн — правым ухом, мочевым пу-
зырем, флегмой, костями.

Согласно концепции микрокосма тело и
душа человека представляют собой некую
целостность, в своем целесообразном уст-
ройстве зеркально отражающую макро-
косм — вселенную. И не только в Западной
Европе, пишет В. Евсюков, но и древне-
русские книжники рассуждали о тождестве
микрокосма макрокосму («Богословы реша-
ют, что человек есть второй мир мал...»).

Астрологический человек-микрокосм
изображался в круге — символе вечности, в
окружении макрокосма — планет и знаков
зодиака (подобно иллюстрации, представ-
ленной на 2-й стороне обложки). Вне связи
с западной традицией концепция микрокос-
ма развивалась на Востоке (например, в
Китае — «Книга перемен»), где она поль-
зуется популярностью и в наше время (на
основе энергетической концепции «ян-инь»).

Астрологическая средневековая медици-
на топографически связывала человеческое
тело (с головы до ног) с 12 знаками зодиа-
ка, основываясь на представлении о влиянии
зодиака и планет, Луны и Солнца на чело-
веческий организм следующим образом:
внешний пояс небесных сфер — зодиак уп-
равляет наружно проявляющейся анатоми-
ей человека, внутренний же пояс (плане-
ты) — внутренними органами. Считалось,
что и темперамент человека, индивидуаль-
ные свойства личности, его поступки зави-
сят от планет и зодиакальных созвездий.

Изображения зодиакального человека
(человек-микрокосм) получили широкое
распространение в Европе с конца XIV века
в рукописных церковных книгах и медицин-
ских трактатах, в качестве пособий для
врачевателей. Руководствуясь этими схема-
ми, средневековые врачеватели ставили сво-
им пациентам диагнозы, назначали лечение
и проводили процедуры. На иллюстрации
(2-я сторона обложки) в подобной схеме
части тела человека и его внутренние органы
соединены (стрелками) со знаками зодиака
следующим образом.

Овен — голова и лицо, Телец — шея и
уши, Близнецы — плечи и руки, Рак — груд-
ная клетка, Лев — сердце и спина, Дева —
кишечник, Весы — поясница и почки, Скор-
пион — половые органы, Стрелец — бедра,
Козерог — колени, Водолей — голени, Ры-
бы — лодыжки и ступни. Началу года соот-
ветствует верх человеческого тела (Овен —
за головой), концу — низ (Рыбы — в ногах).

По астрологическим представлениям Ры-
бы, Рак и Скорпион соответствовали воде,
Овен, Лев и Стрелец — огню, Дева, Телец
и Козерог — земле, Близнецы, Весы и Водо-
лей — воздуху (Мамун Н. В. Созвездия
зодиака. — М., 1988). А согласно астрологи-
ческой медицине человек-микрокосм подоб-
но макрокосму, состоящий из этих четырех

стихий, наделен и четырьмя основными качествами: жар, холод, влажность, сухость. Также и темпераменты человека (сангвинический, холерический, флегматический, меланхолический) определяются господством одного из четырех жизненных флюидов (соков, жидкостей): кровь, желтая желчь, мокрота, черная желчь.

Зодиакальный знак, под которым родился человек, определял его темперамент и целый ряд следующих качеств:

Овен, Лев, Стрелец — горячие, сухие, холерики, мужественные, восточные; Дева, Телец, Козерог — холодные, сухие, меланхолики, женственные, западные; Близнецы, Весы, Водолей — горячие, влажные, мужественные, сангвиники, южные; Рыбы, Рак, Скорпион — холодные, влажные, флегматики, женственные, северные.

И средневековый врач не случайно то и дело обращался к астрологическим таблицам движения луны и планет по зодиакальному кругу (существовали специальные квадранты и для врачей, похожие на вычислительные инструменты астрономов и навигаторов). Считалось, что болезни происходят от нарушения равновесия соков, и основной задачей врача было его восстановление (Стародубова В. В. — М., 1974). «Неудивительно, что кровопускание в средние века (да и позже) было самой распространенной процедурой как профилактической, так и лечебной медицины. Для применения этой операции необходимо было учитывать

возраст пациента, запас его крови, а также необходимо было установить положение луны относительно зодиакального знака, управляющего заболевшим органом, ибо лечение этого органа считалось опасным, когда луна находилась в его знаке».

Луна, имеющая такое большое влияние на морские отливы и приливы, как считалось, вызывает увеличение или уменьшение в теле человека жидких флюидов. Принимались специальные законы, предписывающие: «Чтобы отныне ни один цирюльник или цирюльница не смели пускать кровь никакому человеку... иначе как только при доброй луне» (1400 г., Каркасон). Считалось, что нельзя делать операцию на той части тела, в знаке зодиака которой находится Луна, ибо влажность этого светила может вызвать ревматизм и воспаление (Стародубова В. В. Братья Лимбурги «Времена года». — М., 1974).

Таким образом, для такой распространенной процедуры, как кровопускание, врачу были необходимы знания астрономических данных на каждый определенный день. Поэтому при испытаниях на звание врача требовали не только знания расположения вен, но и сроков проведения процедур (прежде всего когда можно пускать кровь), умение пользоваться специальными таблицами, указывающими движение луны по зодиакальному кругу.

Реферат подготовил Л. ЖУКОВ

ПРОГНОЗ «ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ»

М. Б. ЛЕВИН, Т. М. МИТЯЕВА

АВГУСТ — месяц трудный во всех отношениях: в сферах физической (состояние здоровья), эмоциональной, интеллектуальной и деловой жизни. В социальной сфере это также напряженный период.

Физическая сфера. Месяц неблагоприятный для лиц, страдающих гипертонией (или склонных к ней), хроническими заболеваниями печени и желчного пузыря.

Эмоциональная сфера. До 5 августа влияет неровность, неустойчивость эмоционального фона. Критический день — 4 августа. Период до 15 августа более спокойный, фон стабилизируется. Далее, в период до 20 августа, под влиянием эмоционального подъема контактность и открытость повышаются, но может проявиться излишняя возбужденность, чреватая срывами. До 25 августа — спад, появляется стремление «уйти в себя»,

иногда близкое к депрессивному состоянию. Затем эмоциональная сфера постепенно гармонизируется, более спокойна и устойчива до конца месяца.

Интеллектуальная сфера. Период до 5 августа благоприятен для целенаправленной умственной работы, требующей серьезных и глубоких размышлений. Далее, период до 25 августа, оптимальнее для кропотливой конкретной работы, а также для делового общения и коллективных интеллектуальных усилий, «мозговых штурмов» (после 22 августа). Последующий период до конца месяца малопродуктивен, хотя возможны проблески в поисках нестандартных решений, проявляются возбуждения ума, разбросанность мышления.

Деловая сфера. Весь месяц отличается особой благоприятностью для решения практических вопросов. До 16 августа большая деловая активность способствует установлению новых и продуктивных деловых

	Август	Сентябрь
Подверженность вашего настроения колебаниям		
Дни эмоциональной неустойчивости	1, 8, 17, 19, 24, 30	2, 7, 10, 12, 13, 18, 21, 23, 26, 30
Дни благоприятные	3, 15, 23, 28	3, 14, 20, 23, 27, 28
Дни повышенной конфликтности	4, 9, 13, 16, 26	5, 15, 16, 22, 25, 29
Влияние на вашу волевою сферу (активность)		
Дни, благоприятные для деловой жизни	3, 4, 8, 14, 21, 28, 30, 31	5, 7, 11, 14, 20
Дни «напряженки», трудные для контактов, принятия решений	2, 11, 18, 22, 26	2, 15, 16, 18, 22, 25, 30
Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности	1, 9, 13, 15, 17, 23, 24, 27	9, 12, 13, 19, 28, 29
Влияние на вашу интеллектуальную деятельность		
Дни большей продуктивности мышления	3, 5, 6, 8, 9, 12, 14, 21, 28, 30	5, 7, 20, 24, 29
Дни меньшей продуктивности мышления	1, 2, 13, 17, 18, 22, 25, 26, 27	1, 3, 10, 11, 16, 22, 28
Предупреждение непредвиденных ситуаций		
Дни, благоприятные для поездок и путешествий	12, 14, 28, 30	4, 5, 8, 14, 20, 26
Дни особо неблагоприятные для поездок и путешествий	2, 4, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 22, 26, 29	2, 3, 7, 10, 11, 16, 22, 30
Дни повышенного травматизма и аварий	1, 4, 8, 13, 16, 18, 22, 26, 29	12, 13, 15, 16, 21, 22, 24, 25

Примечание. В указанных днях начало суток рассчитано по московскому времени.

контактов, динамичности, и неожиданные, порой найденные чисто интуитивно решения легко и быстро реализуются. Период с 9 по 23 августа потребует большой работоспособности, а во второй половине месяца эффективнее работать коллективно (наблюдается усиливающийся к концу месяца спад активности).

Рекомендуемый период для новых начинаний и дел — с 1 по 16 августа.

СЕНТЯБРЬ 1989 года — месяц высокой активности, в особенности в физической сфере (благоприятен для физических нагрузок, занятий спортом, активного отдыха).

Эмоциональная сфера. В первой половине месяца хотя и может преследовать чувство неудовлетворенности собой, нереализованности, влияние эмоционального фона достаточно гармонично. Во второй половине месяца внешне сдержанные проявления эмо-

ций могут скрывать обостренные внутренние переживания, наблюдаются повышенная обидчивость и раздражительность, появляется чувство тревоги, беспокойства (*критический период с 29 по 30 сентября*).

Интеллектуальная сфера. Месяц трудный для интеллектуальной работы, продуктивность умственных усилий понижена, порой трудно собраться с мыслями, мешают рассеянность, забывчивость, недостаток организованности.

Деловая сфера. Надо быть готовым к тому, что возникнут задержки в решении важных проблем. Не следует торопить события. С 6 сентября могут возникнуть различные помехи и препятствия, а излишняя торопливость в делах чревата путаницей, несогласованностью и даже потерей взаимопонимания между партнерами.

Рекомендуемый период новых начинаний и дел — с 1 по 14 сентября и 30 сентября.



НА НАШЕЙ ОБЛОЖКЕ

Эдуард ГОРОХОВСКИЙ.
Композиция № 2. 1979 г.
Холст, масло. 122×88.
Экспонировалась в феврале 1979 г. на выставке «Цвет, форма, пространство» (Москва, Малая Грузинская ул., 28)

● На первой стороне обложки рисунок Виталия Пескова
● На третьей стороне обложки рисунки Пабло Пикассо, Норберта Байера, Хейнца Янкофски
● В тексте: репродукции живописи (Э. Дробицкого, К. Малевича, П. Филонова, К. Худякова), графики (А. Элмара, Т. Юры), юмористические рисунки (Х. Бютнера, Е. Милутки, А. Некрасова, В. Никитина)

Научно-популярное издание

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
И СЕМЬИ

Редактор В. С. АЛГУЛЬЯН

Художники-оформители:
В. КОНЮХОВ,
Н. ПЬЯНЫХ,
Т. ЧИРКОВА,
А. ГРИГОРЬЕВ

Главный отраслевой редактор
А. Нелюбов
Мл. редактор Л. Щербакова
Худож. редактор П. Храмцов
Техн. редактор Н. Клецкая
Корректор В. Гуляева

ИБ. № 9889

Сдано в набор 24.05.89.
Подписано к печати 10.07.89.
Формат бумаги 70×100^{1/16}
Бумага офсетная № 2.
Гарнитура литературная
Печать офсетная
Усл. печ. л. 7,80
Усл. кр.-отт. 16,57
Уч.-изд. л. 9,43.
Тираж 3 087 285 экз. Заказ 1225.
Цена 40 коп.
Издательство «Знание». 101835,
ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4.
Индекс заказа 896304.
Ордена Трудового
Красного Знамени
Чеховский полиграфический комбинат
Государственного комитета СССР
по делам издательств, полиграфии
и книжной торговли
142300,
г. Чехов Московской области

3-46 Здоровье женщины — здоровье семьи (выпуск 1). — М.: Знание, 1989. — 96 с. — (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 4).

ISBN 5-07-000147-7

40 к.

Основу выпуска составляют научно-популярные очерки И. А. Маниловой «Как сохранить здоровье женщины» и И. П. Березина «Что есть «на здоровье», беседа с врачом-педиатром В. М. Шищенко, ответы на письма читателей по сексологическим вопросам. В рубриках даны советы психолога и психотерапевта, рассказано о биоритмологическом подходе к лечению в средневековой европейской медицине, о сегодняшнем взгляде на кожный рисунок ладоней и пальцев рук, на прогнозы астрологических гороскопов.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4108160000

ББК 57.14

комбинат

230



Цена 40 коп.
Подписной индекс 70063

факультет

ТВОЕ ЗАОРОВЬЕ

Издательство
«Знание»

Болезни: течение,
прогноз, предупреждение



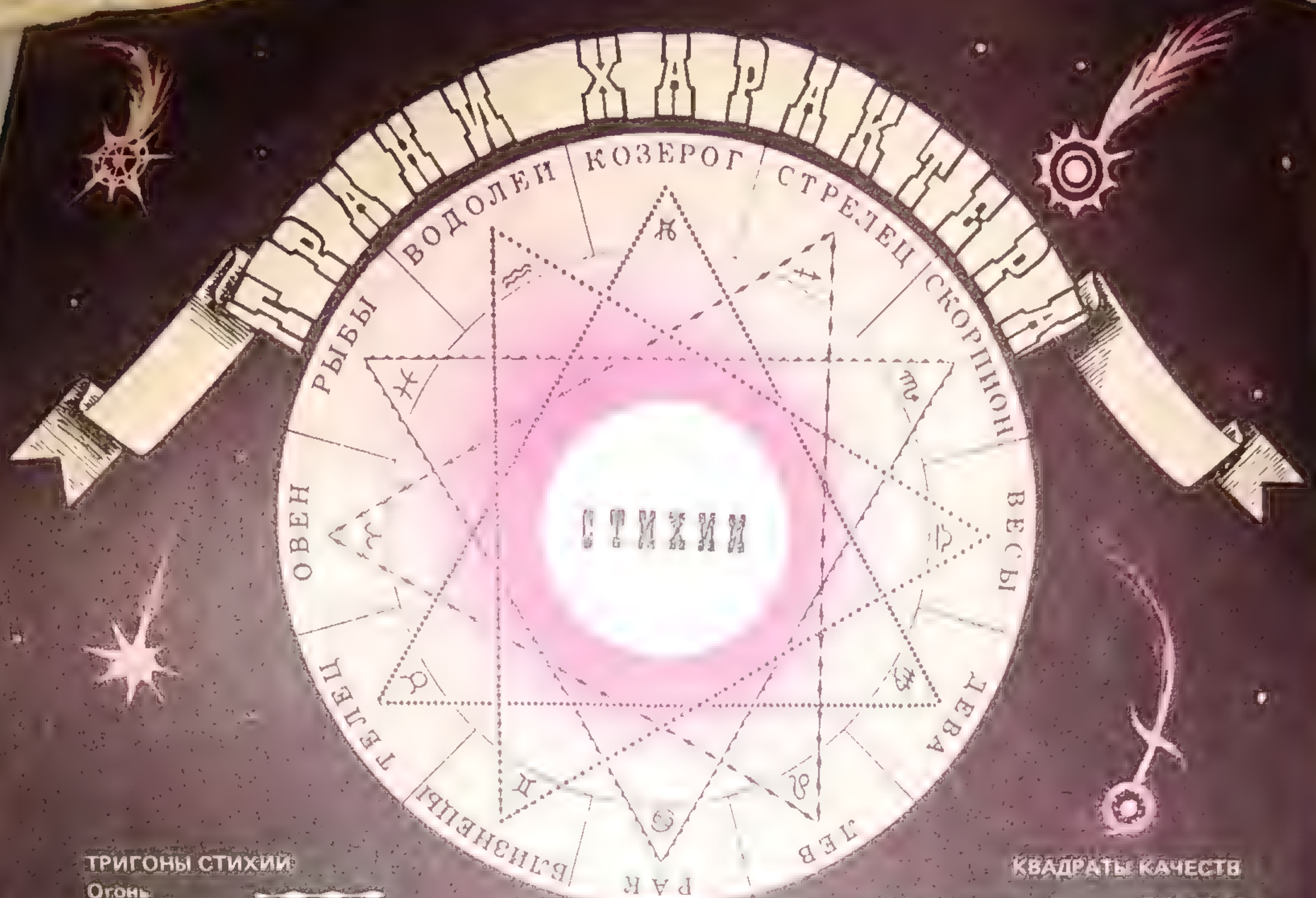
Советы и рекомендации
практических врачей
Беседы с учеными — медиками
факультет

ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ

Народный университет

сентябрь — октябрь

5/89

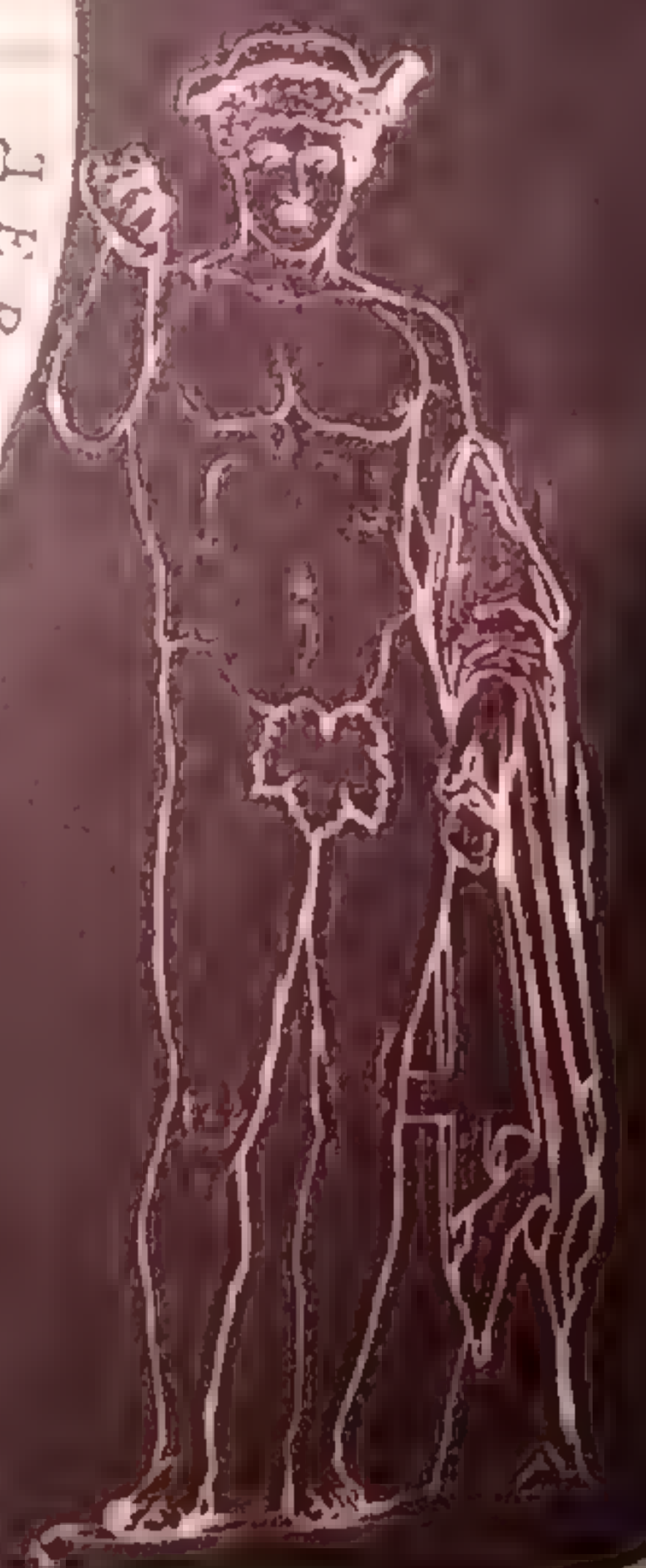
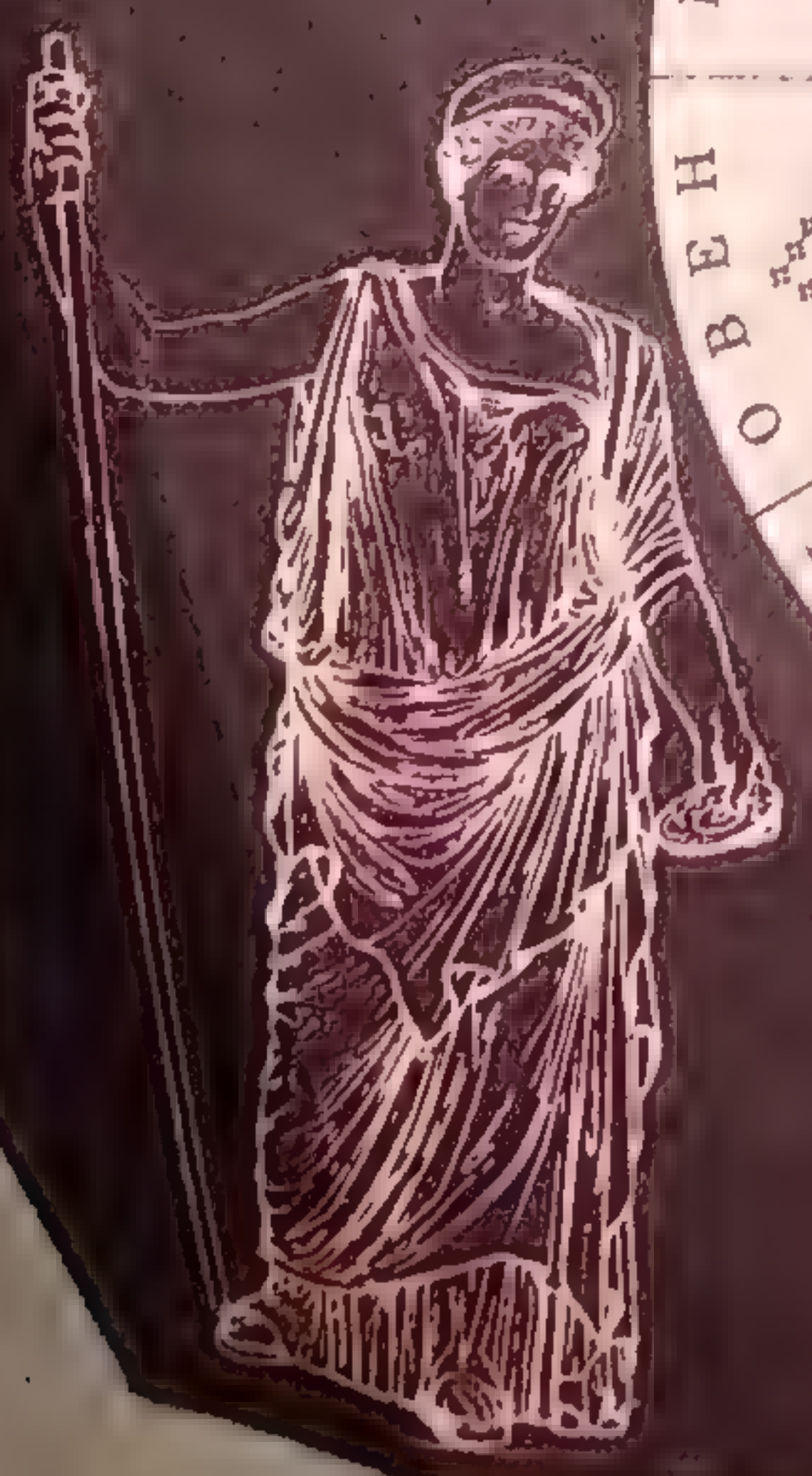


ТРИГОНЫ СТИХИИ

- Огонь
- Земля
- Воздух
- Вода

КВАДРАТЫ КАЧЕСТВ

- Огонь (Кардинальные) знаки
- Земля (Фиксированные) знаки
- Воздух (Мушкетерские) знаки
- Вода (Мудрые) знаки



Объяснение в тексте

Народный университет



Издается с 1964 г.

факультет

ТВОЁ ЗДОРОВЬЁ

5/89

Сентябрь—Октябрь

КАК РАЗОМКНУТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ (выпуск 1)

В выпуске читайте:

М. Цетлин, Л. Порохова

КАК ЗАБОЛЕВАЮТ
АЛКОГОЛИЗМОМ

М. Левин, Ф. Величко

СТЫКУЮТСЯ ЛИ ГРАНИ
ХАРАКТЕРОВ?

ДЫХАНИЕ ПО БУТЕЙКО:

ОТВЕТЫ НА ВАШИ ВОПРОСЫ

В рубриках:

Советы и рекомендации практических врачей
Беседы с учеными-медиками
Фенология здоровья: кожный рисунок ладони
и пальцев рук
Болезни: течение, прогноз, предупреждение
Гармония взаимоотношений: советы астролога
Самоконтроль эмоциональных переживаний
Размышления бывшего алкоголика
Защита потребителя в сфере общепита
Исторический экскурс: традиции здоровья
Восточная медицина: микромассаж для баланса
жизненных сил

Издательство «Знание»
Москва 1989

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю

Н. ФИЛИППОВСКИЙ. В человеческом измерении (3)

Стратегия профилактики

А. ЗЕРЕНИН. Что такое наркомания? (5)

М. ЦЕТЛИН, Л. ПРОХОРОВА. Как заболевают алкоголизмом (13)

Н. СВАТКОВ. Мнение бывшего алкоголика (25)

Взгляд в прошлое

А. МОРОЗОВ. Руси есть веселие пити... (31)

Этюды о здоровье

Г. МАРДАНОВА. Напился как свинья... (34)

Возможности самоконтроля

О. КОПИНА. Волнения порочный круг... (37)

Концепция времени и здоровья

П. СОКОЛОВ. Гармония равновесия (42)

Фенология здоровья

Е. ТРЕПАКОВ. Взгляд на кожный рисунок руки (47)

Отвечаем на ваши письма

А. ХОРОЦО. Рожденные заковом (беседа с кандидатом медицинских наук К. П. Бутейко) (56)

Читателю на заметку

А. РЕЗНИЧЕНКО. Помогает РИД-2 (68)

В. ГЛАНЦ. Иногороднему пациенту: быть хозяином положения (70)

Питание и здоровье

Л. ЛИПАТОВА. Качество пищи: решает потребитель (71)

Антология «Твое здоровье»

Эпиграммы Каллимаха, Гедилы, Архия Митиленского, Филодема, Лукилли (82)

Домашнему психотерапевту

М. ЛЕВИН, Ф. ВЕЛИЧКО. Стыкуются ли грани характеров? (83)

Прогноз «Твое здоровье»

М. ЛЕВИН, Т. МИТЯЕВА. Октябрь, ноябрь (95)

Редактор-издатель В. АЛГУЛЬЯН

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

На вопросы отвечает редактор-издатель ежемесячника «Человек и природа» (ЧиП) Николай Николаевич ФИЛИПОВСКИЙ.

В ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ

— Зачем людям, беспокоящимся за здоровье свое и своих близких, обращаться к концептуальным проблемам экологии?

— Вначале, если позволите, несколько цифр. По средней продолжительности жизни населения наша страна занимает 32-е место в мире, а по уровню детской смертности — 50-е место, после Маврикия и Барбадоса, как сказал министр здравоохранения Е. Чазов. Еще немного статистики. В нашей стране на 100 тысяч мужчин трудоспособного возраста приходится 659 смертей, а в США, ФРГ, Франции, Великобритании и Японии — не более 363. То же среди женщин: у нас — 254 смерти, у них — 178. И так далее, и тому подобное.

Можно ли связать все это только с проблемами медобслуживания? Ни в коей мере... Важно, каким воздухом мы дышим, что пьем и едим, какой радиации подвергаемся, в каких условиях живем и работаем, каков уровень социальной напряженности, какова доброкачественность поглощаемой нами информации, какие лозунги вошли в нашу плоть и кровь.

— Вы считаете, что и лозунги имеют отношение к здоровью человека?

— Несомненно. Физическое самочувствие населения — это лишь часть социального здоровья. А социальная патология ведет к известной «реконструкции» природного мира. Иначе мы бы не жили в эпоху Чернобыля и высыхающего Арала, ядовитой Волги и задыхающихся городов, засоленных черноземов и пестицидных урожаев. Примеры многочисленны и вызывают шок.

Последствия проявляются уже на уровне генотипа, в разрушении озонового слоя, в возникновении новых страшных болезней. Изменения общественной психологии приводят к деформации окружающей среды «по образу своему и подобию» и рикошетом бьют по человеку. Можно проследить уже «мутации» на уровне психики, образа жизни, мышления. Возникает замкнутый круг самоуничтожения.

Мы должны видеть взаимосвязи, скажем, здоровья человека с политической системой общества, экономического диктата ведомств со степенью пагубного накопления в организме человека элементов таблицы Менделеева. «Лишнее» в дом привносим только мы сами, как

оказывается, от этого страдая. Сегодня важно предложить пути оздоровления той патологической ситуации, в которой мы оказались.

— Многие видят, например, выход в ужесточении охраны природы...

— Конечно, надо защищать природу. Прежде всего от разграбления министерствами и ведомствами, теми государственными монополистами, которые строят свое благополучие на самоуничтожении человечества. Парадокс? И на этом фоне все разговоры об охране природы — блеф, дымовая завеса реальных проблем, мол, поставим «человека с ружьем» и все будет нормально...

— Помните, как у Жванецкого? Охраняешь рыбу — имеешь рыбу. Охраняешь лес — имеешь дрова. Охраняешь природу — имеешь природу. Все на охрану социалистической собственности!

— Примерно так. Кроме того, всякая «охрана» обречена на запаздывание, обречена быть на подхвате, бросаться туда, где горит, прорвало, исчезло. Поэтому-то у нас в стране всегда есть место подвигу. Но главное то, что «охрана природы», как она реально осуществляется, — это закамуфлированная возможность разных ведомств «распределять» ее (природу) согласно со своими же нормами. Как правило, нормами безграмотными, абсурдными, губительными для нас всех, которые к тому же еще и нарушаются повсеместно.

Ясно, что «охранная» стратегия является заранее проигранной. Дело не в улучшении охраны природы и так называемого рационального природопользования, а в изменении сложившихся механизмов нашей жизни, ее политической структуры.

Нужно и можно изменить хищническую психологию людей, менять систему ценностей. Но одновременно мы должны видеть, что наши беды не от недостатков психологии. Людей объективно вынуждает поступать так, как они поступают, логика государственного механизма. Но сегодня речь идет уже о выживании. Или мы выживаем, или нас выживут.

— Как Вы относитесь к «зеленому» движению, охватившему теперь всю страну?

— Экологические проблемы повсеместны. «Зеленое» движение имеет важнейшее общественно-политическое значение. Но вот что я скажу. Ежемесячник ЧиП («Человек и природа»), существуя с 1975 года, многие сегодняшние проблемы рассмотрел, информацию, дозволенную в то время цензурой, предоставил. Сегодня мы не стремимся соревноваться с другими журналами и тем более газетами в оперативной «шоковой» информации. Думаю, что скоро, оставшись тревожащим фоном, она утратит сегодняшнюю сенсационность. Мы стремимся предоставить для обсуждения концепции выхода из существующей экологической ситуации. На это в первую очередь направлено наше внимание.

— Концепции — это хорошо, но можно вспомнить, что всякий специалист подобен флюсу согласно аксиоме Пруtkова — Паркинсона. А в условиях тотального вывиха любая панацея может оказаться смерти подобной. Как быть в таком случае?

— При самом внешнем обзоре первое, что не может не броситься в глаза, это поляризация общества — разделение на два лагеря с самыми серьезными обвинениями друг другу.

Общественное мнение при этом играет роль маятника. Вначале оно искало вредителей, которые мешали скорейшему выполнению планов преобразования природы. Ныне ищут вредителей, которые эти планы выполняли. Природа при этом выступает поводом для выяснения политических отношений.

Конечно, люди должны отдать себе отчет в подлинных мотивах своей экологической озабоченности. Но одновременно они должны подумать и о выработке языка взаимопонимания для решения этих проблем.

Дело в том, что экологические проблемы не относятся к разряду тех, которые можно решать с помощью гражданской войны. Зеленый цвет — не цвет крови. Без гуманизации общества мы ничего не достигнем, ибо озлобленные, лишенные нравственных критериев люди просто не поймут неестественности своего погибельного состояния.

— Кажется, К. Леви-Стросс, известный французский ученый и философ, сказал, что или XXI век будет гуманитарным, или его вообще не будет...

— Именно так. Проблема сегодняшнего выживания упирается в проблему нормальной человеческой жизни. Мы поняли наконец, что общечеловеческие ценности должны превалировать над любыми, тяготеющими к групповой агрессии и в конечном счете к самоуничтожению. Порочный круг экологической трагедии нельзя разомкнуть, не обратившись к внутренним измерениям человека.

Мы можем закупить у американцев компьютеры, заказать у японцев очистные сооружения, а у скандинавов весь каркас демократического социализма (того, что у строителей называется фехверком). Ну и что? Изменится ли от этого хоть что-то? Нет. Потому что на любом уровне развития общества, а сегодня в особенности, речь идет не о производстве вещей (чего мы никак не усвоим, по крайней мере, с петровских реформ), а о производстве человека, способного соответствовать этому уровню.

— Но ведь как раз с Октября 17-го года мы и замахнулись на создание нового человека?

— Будущее, как выяснило с нашей помощью все человечество, нельзя построить, разрушив прошлое, а с ним и настоящее. Отказываясь от традиций, от культуры, народ

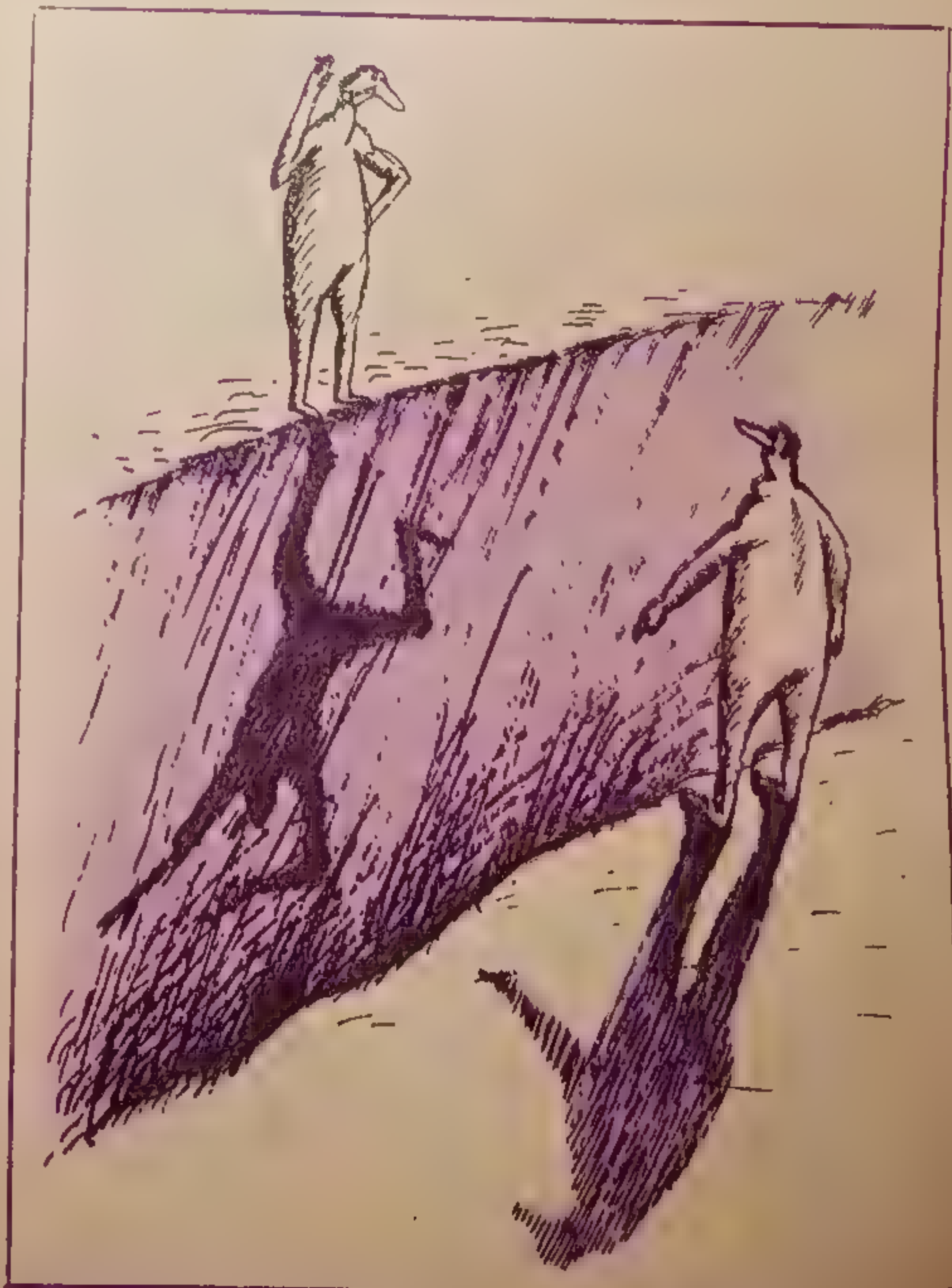
«как беззаконная комета» вываливается из истории, разрушая все вокруг. Мы уперлись в то, что называется культурологией, то есть историко-теоретическим прояснением основ культуры как таковой.

Сегодняшний уровень рассмотрения экологических проблем для нас означает обращение к человеку во всех его проявлениях. Мы должны осмыслить весь культурный пласт современной экологической заботы. И сразу же ясно, что решить злободневные задачи нельзя без обращения к вечным ответам, которые существуют с тех пор, как существует само человечество.

Беседу вел И. ШЕВЕЛЕВ

В розничную продажу
ежемесячник
«Человек и природа» (Чип)
НЕ ПОСТУПАЕТ
ПОДПИСАТЬСЯ МОЖНО!!!

Индекс подписки 70109
в каталоге «Союзпечати», в разделе
«Центральные журналы», в части «Бро-
шюры и журналы издательства «Зна-
ние». **Стоимость подписки:** кварта-
льной — 60 к., полугодовой — 1 р. 20 к.,
годовой — 2 р. 40 к.



А. Зеренин

ЧТО ТАКОЕ НАРКОМАНИЯ

В борьбе за жизнь, изыскивая продукты питания, человек познакомился с необычными эффектами от употребления некоторых растений. Сведения об этом накапливались и передавались из поколения в поколение, а первые упоминания обнаружены еще в клинописных записях. К наиболее старым наркотикам относят *гашиш*, объясняя это чрезвычайно простыми способами знакомства с ним: пробой в том или ином виде смолы индийской конопли или же вдыханием ее дыма. *Индийская конопля* с незапамятных времен произрастала в Египте, Индии, Южном Китае, Афганистане, Иране, Средней и Малой Азии. И первые сведения о потреблении гашиша поступали из этих мест.

ВЧЕРА И СЕГОДНЯ

О том, когда гашиш появился на территории нашей страны, говорится в описании Геродотом быта скифских племен, кочевавших в пределах Средней Азии в V веке до н. э. По его словам, скифы бросали зерна конопли на раскаленные камни, и их войлочные палатки наполнялись дымом. Об употреблении в этом регионе конопли и в более поздние времена говорят запретительные меры, изложенные в шарияте.

Толкователи Корана указывали, что гашиш лишает рассудка. В XVIII веке по распоряжению одного из бухарских ханов лиц, впервые замеченных в курении гашиша, так же как и в употреблении вина, подвергали всенародному избиению плетьюми, а во второй раз — казнили. В XIX веке в Коканде издавались указы, запрещающие употребление гашиша и предусматривающие наказание за их нарушение.

После присоединения в конце XIX века Туркестана к Российской империи употребление гашиша не уменьшалось. О распространении гашишной наркомании на территории нынешнего Узбекистана в конце прошлого века говорят следующие данные: на 1 тысячу жителей местного населения добывалось 5 пудов гашиша. На 100 жителей приходилось 4 больных наркоманией.

С установлением Советской власти в Средней Азии гашишемания в этом регионе стала падать,

и к концу 40-х годов; по сообщениям врачей, больные гашишной наркоманией практически перестали встречаться.

Принято считать, что в Европе гашиш появился более 170 лет назад: солдаты Наполеона пристрастились к этому наркотику во время похода в Африку.

Следующая волна проникновения гашиша в Европу наблюдалась во время первой мировой войны с прибывающими в страны Западной Европы колониальными войсками. Но после войны гашишемания исчезла.

В середине 20-х годов в РСФСР и СССР наблюдались случаи употребления гашиша, который главным образом привозился мигрирующими беспризорниками из Средней Азии.

Другим распространенным наркотиком является опий.

Упоминание об его употреблении в странах Средиземноморского бассейна встречается в исторических документах IV века до н. э., а к I веку н. э. относят подробные описания картины острого и хронического опийного отравления. Считают, что в VI — IX веках опий проник в Индию и Китай. Позднее широкому распространению опиомании в этих странах способствовала политика колонизаторов, насаждавших мнение о безвредности опиума и принуждавших к его употреблению. Массовое употребление опиума привело к возникновению социальных проблем, вызвало недовольство населения и местных властей. Так, в середине XIX столетия в Китае, например, конфликты на этой почве стали причиной опийных войн.

Известно об употреблении опиума в прошлые века и в других странах Востока: Иране, Корее, Бирме, Таиланде. Употребление опия в Европе до XX столетия не являлось угрожающей социальной проблемой. Опиомания одними считалась пороком, другими — болезнью, но она не носила характера эпидемии. От нее, как правило, страдали лишь отдельные лица или ограниченные группы лиц.

ЗЕРЕНИН Александр Георгиевич — руководитель отделения Всесоюзного научного центра медико-биологических проблем наркологии, кандидат медицинских наук, автор известных научно-популярных изданий.

В 1806 году из опиума был выделен алкалоид — морфин (морфий), а в 1832 году — кодеин. После изобретения в 1864 году шприца получает распространение подкожное введение морфина как болеутоляющего средства. Такие инъекции вскоре дали и морфинистов, большое количество которых появилось после франко-прусской войны 1870 года. В 1874 году в лаборатории из морфина был получен героин, столь широко распространенный в настоящее время наркотик.

В 1860 из листьев растения кока был выделен кокаин. В 1878 году его начали применять при лечении больных морфинистов для снятия у них абстиненции. В итоге многие из них стали кокаинистами. Таким образом, в арсенал наркоманов попал и кокаин.

Жевание листьев растения кока на Американском континенте традиционно. Полагают, что это снимает усталость и утоляет голод. Эту традицию продолжает почти половина населения некоторых районов Анд в Южной Америке и в настоящее время. Молодой мужчина, приступая к трудовой деятельности, считает для себя естественным начинать жевать листья кока.

Некоторые итоги

Конопля, опиум, кока — вот основные, традиционно применявшиеся в течение многих веков наркотические средства. Характерно, что в каждом регионе веками употреблялось преимущественно одно и то же средство: конопля — на Индо-Пакистанском субконтиненте и в некоторых районах Северной Африки, опиум был распространен в странах Восточного Средиземноморья и Юго-Восточной Азии, кока — на Южно-американском континенте.

Основные формы потребления: курение, жевание, отвары и добавление в пищу. Употребление наркотиков ограничивалось кругом лиц, достигших, по местным понятиям, «уважаемого» возраста. Женщины при-

нимали их гораздо реже и в меньшем количестве, чем мужчины. А детям и подросткам, как правило, запрещалось пробовать это зелье.

На протяжении многих веков людям были известны губительные свойства наркотиков, особенно их разрушительное действие на психику. Общество боролось с потребителями наркотических средств, принимая различные запретительные меры. Количество лиц, принимающих наркотики в одном и том же регионе, с годами изменялось. При этом расширению контингента наркоманов, как правило, сопутствовали различные неблагоприятные социальные ситуации, войны, колониальный гнет и т. п.

В XX столетии ситуация с распространением одурманивающих средств резко изменилась в количественном и качественном отношениях. Во-первых, из года в год, особенно в последние десятилетия, увеличиваются объемы потребляемых одурманивающих веществ и количество лиц, принимающих их. Во-вторых, многократно возрос ассортимент веществ, используемых для одурманивания. К упоминаемым выше традиционным наркотикам прибавились новые, а также десятки синтезированных лекарств (снотворные, успокаивающие, стимулирующие и др.), обладающих психоактивным действием и способных вызывать болезненное привыкание, которое получило название токсикомании. Сюда относятся некоторые средства промышленной и бытовой химии.

Наркомания и токсикомания отражают суть одного и того же пагубного для человека явления, так как механизм развития того и другого одинаков, по тяжести вызываемых расстройств психического и физического здоровья не уступают друг другу. Аналогичен по механизму развития бурно распространяющийся по всему миру алкоголизм. Образно говоря, наркомания, токсикомания и алкоголизм — это отдельные головы многоголового чудовища.

В-третьих, многие страны столкнулись с новыми тенденциями в употреблении одурманивающих средств. На их территории стали использоваться как нетрадиционные для них наркотики и другие одурманивающие вещества, так и новые формы их употребления (вдыхание паров, подкожные, внутривенные инъекции, аппликации). Например, наркотические средства, получаемые из индийской конопли, распространились на Американском континенте и в Европе, героин — в Великобритании, Таиланде, Иране, во Франции, опиум — в Нидерландах, Швеции. Алкоголь находит все большее распространение в странах ислама, в Северной Африке и Восточном Средиземноморье.



Состоящие на учете в МВД СССР и Минздраве СССР больные наркоманией — это в основном лица, пользующиеся для наркотизации кустарными препаратами из мака и дикорастущей конопли. В отдельных случаях это люди, потребляющие барбитураты, эфедрон, полинаркоманы, а также страдающие хроническими заболеваниями инвалиды, которые принимали кодеин, морфин или другие обезболивающие препараты, отнесенные к группе наркотических.

В последние годы увеличились случаи эфедроновой наркомании, а также полинаркомании, которые в отдельных регионах составляют достаточно большой процент среди учтенного контингента больных наркоманией.

ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЕЗНИ

Употребление наркотических средств обусловлено особенностями их действия на человека, одно из которых — способность вызывать эйфорию.

Эта эйфория является одним из признаков состояния наркотического одурманивания (опьянения). Ее характер, выраженность субъективных эффектов удовольствия, наслаждения, многого улучшения физического и психического самочувствия определяются различными факторами: видом наркотика, состоянием и настроением потребителя, окружающей обстановкой, в которой он находится. Эйфории, вызываемой *спинными препаратами*, присущи ощущения соматического наслаждения и эмоционального фона покоя, блаженства. При эйфории, вызванной *психостимуляторами*, преобладает ощущение интеллектуального подъема, просветления. Наблюдаемая в наркотическом опьянении эйфория обязательно сочетается с расстройством восприятия, изменением мышления.

Необходимо подчеркнуть, что *степень воздействия* наркотика находится в *прямой зависимости* от принятой дозы, а также связана с *предыдущим опытом* его потребления (наличием толерантности к наркотику). От давности употребления наркотика зависит и характер вызываемой им эйфории. Известно, что *наркоманы со стажем* не достигают той эйфории, которую они получали в начале наркотизации. По мере привыкания к наркотику наступает снижение интенсивности эйфории. Со временем наркоман начинает принимать наркотик не для вызывания эйфории в первоначальном ее понятии, а лишь для того, чтобы снять субъективно тягостное, дискомфортное состояние. Прием наркотика не вызывает у него особо приятных ощущений, но без него он уже обходиться не может.

Почему?

Способность наркотических средств вызывать *пристрастие* (лекарственную зависимость) объясняется их фармакологическим действием на те зоны мозга, раздражение которых вызывает положительные ощущения. Наркотические вещества и средства, вызывающие токсикоманию, активизируют зоны комфорта, удовольствия, награды, поощрения, положительного подкрепления и тем самым усиливают эмоционально положительные реакции. Физиологи, оценивая значение указанных зон для животного, считают, что его поведение определяется раздражением этих зон и зон противоположного знака (зоны наказания, зоны неудовольствия).

Нервные импульсы, приходящие по проводящим путям, приносят в головной мозг информацию об удовлетворении или неудовлетворении той или иной потребности. В результате животное избирает ту тактику поведения, которая в итоге обеспечивает *раздражение положительных зон*. У человека эта система, безусловно, сложнее, так как его потребности и деятельность в значительной мере обусловлены социальными факторами, однако принцип работы системы аналогичный.

Наркотические вещества, активизируя зоны удовольствия, формируют новую потребность, новое желание — потребность в употреблении наркотических средств. Эта новая потребность начинает подавлять волю и разум.

Эпизодическое употребление одурманивающих средств сменяется их регулярным приемом. Угасает первоначальный эффект от их приема, снижаются и исчезают защитные реакции на его введение — все это *симптомы изменения реактивности организма*. Он уже по-иному, чем ранее, реагирует на вводимое одурманивающее средство. (Человек от рождения обладает рядом врожденных защитных реакций, проявляющихся при попадании в организм токсических (ядовитых) веществ. Например, у человека, не привыкшего к употреблению алкоголя, даже небольшое количество спиртных напитков вызывает рвоту. Таким образом организм защищает себя от чужеродных вредных веществ.)

То же происходит и при первом знакомстве с наркотическими средствами. Например, *вначале* при приеме гашиша или при злоупотреблении снотворными появляются обильный пот, икота, слюнотечение, резь в глазах, тошнота, рвота, головокружение, а затем эти симптомы уже не отмечаются даже при глубокой смертельной интоксикации.

Здоровый человек не может в течение нескольких дней кряду пить вино, водку и др. — они становятся ему противны, а больной алкоголизмом пьет их ежедневно. То же происходит и при приеме одурманивающих средств. Регулярное ежедневное их употребление свидетельствует об изменившейся реакции на эти средства — о привыкании к ним. Оно проявляется и в повышении переносимости наркотических средств, повышении толерантности. Толерантность — это состояние приспособления, характеризующееся ослаблением защитной реакции на первоначальную дозу одурманивающего вещества так, что для получения прежней степени одурманивающего эффекта требуется его увеличение. Изменяются также и формы опьянения, но это происходит несколько позднее.

Параллельно возникают и усиливаются явления психической зависимости — состояние, при котором лекарственное средство вызывает чувство удовлетворения и требует повторного или постоянного его введения для продолжения удовольствия или предупреждения дискомфорта. Психическая зависимость проявляется в постоянных мыслях о наркотиках, в подъеме настроения в предвкушении его приема и, наоборот, в раздражительности, неудовлетворенности, подавленности при отсутствии привычного средства. Если здоровому человеку доступны различные удовольствия, он может находиться в состоянии психического комфорта в разнообразных ситуациях, то наркоман достигает его, только находясь под действием наркотика.

Появление признаков физической зависимости, которая проявляется в интенсивных физических расстройствах, наступающих в случаях прекращения введения наркотика, — это следующий этап в развитии болезни. Такие расстройства (синдром абстиненции) представляют собой комплекс специфических симптомов и признаков психического и физического свойства, которые характерны для действия каждого вида наркотиков.

Облегчение наступает при введении в организм этого же наркотика или другого вещества, которое оказывает сходное фармакологическое действие и принадлежит к тому же типу. При соблюдении соответствующей дозировки физическая зависимость внешне не проявляется. Она становится мощным фактором усиления психической зависимости, которая заставляет человека продолжать прием наркотика или возобновлять его употребление даже после попытки воздержаться от этого.

От соблазна к кошмару

В течение каждой из форм наркомании выделяются три стадии.

Первая — знакомство человека с наркотическим средством. Она характеризуется адаптацией. Это выражается в исчезновении защитных реакций, развитии способности употреблять наркотики постоянно и часто, увеличении доз наркотического средства для достижения прежнего эффекта (повышение толерантности), усилении влечения к наркоту на уровне психической зависимости, формировании способности достигать психического комфорта в интоксикации.

Вторая стадия характеризуется появлением двух новых симптомокомплексов — абстинентного синдрома и изменением формы опьянения. Абстинентный синдром (синдром лишения) развивается вслед за прекращением наркотизации. Синдром выражается в последовательном появлении в определенные сроки (несколько часов после последнего приема наркотика) различных симптомов и регрессе их обычно также в закономерной последовательности.

При опийном абстинентном синдроме через 8—12 часов после приема наркотика начинает обостряться влечение к нему, появляются напряженность, неудовлетворенность, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, исчезает аппетит. На второй день присоединяются ознобы, сменяющиеся чувством жара, приступы потливости и слабости, гусиная кожа, двигательное беспокойство. Появляется чувство онемения мышц, боли в жевательных мышцах. К концу вторых суток абстиненции прибавляются мучительные боли в мышцах спины, конечностей, их сводит, тянет, крутит. Больные становятся злобными, настроение у них подавленное. Влечение к наркотику непреодолимо. С целью завладеть им больные, находящиеся в таком состоянии, могут совершать тяжелые преступления.

На третий день появляются боли в животе, рвота и изнуряющий понос (по 10—15 раз в сутки). Тяжелое состояние, обусловленное выраженным проявлением всех перечисленных симптомов, держится до 5—10 дней и сопровождается повышением температуры, артериального давления и изменениями биохимических показателей внутренней среды организма.

В дальнейшем проявления абстинентного синдрома уменьшаются, и они исчезают обычно в обратном порядке в течение 2—6 недель. Выраженность абстинентного синдрома зависит от продолжительности наркотизации. Описанный выше развернутый абстинентный синдром может развиваться, если человек подвергался систематической



наркотизации от 2 до 5 недель. При меньших сроках и нерегулярном приеме опийных препаратов синдром не проявляется в полной мере и его течение короче. При наркомании, вызываемой другими наркотическими средствами, он имеет в каждом случае свои характерные особенности.

На второй стадии болезни развивается еще один симптом — изменение формы опьянения. Исчезает фармакологический эффект наркотика. Для достижения прежней эйфории больной все более повышает его дозы. Но наступает момент, когда никакая доза не может вызвать прежней эйфории. Это означает, что наркотик не вызывает у больного эйфорирующий эффект. Наркотизация истощила силы организма. Наркоман, будучи бодрым и подвижным ранее до приема наркотика, на второй стадии болезни вне его действия вял и бессилен. Теперь наркотик лишь стимулирует его — на время возвращает силы и бодрость.

Еще большее истощение характеризует третью стадию, особенно при опиомании. Наркотик не вызывает не только эйфории, но даже стимулирующего действия. Он только нормализует, тонизирует больного, у которого самочувствие, работоспособность, интерес к жизни резко снижены без наркотика. Достаточная доза его может на время улучшить самочувствие и вернуть работоспособность. Причем доза эта может быть

меньше, чем прежде, так как в третьей стадии в ряде случаев отмечается снижение толерантности. На фоне общего истощения снижается и выраженность влечения, изменяется картина абстинентного синдрома, но без наркотиков больной по-прежнему обходиться не может.

Длительность каждой стадии болезни зависит от вида наркотика, регулярности и частоты его приема, способа введения. Например, при использовании опия, как отмечает профессор И. Н. Пятницкая, длительность первой стадии — 3—4 месяца, второй — 5—10 лет. Влечение же к препаратам этой группы устанавливается после нескольких инъекций морфина или после 2—3 недель нерегулярного внутривенного введения настойки опия. Всего за 2 недели здоровый подросток обрекает себя на долгие годы тяжелой болезни.

Иллюзия блаженства и радости первых 3—4 месяцев приема опия обернется для него неисчислимыми мучениями в течение многих последующих лет. Из бесчисленных возможностей жизни, открывающихся перед ним, он выбирает себе тупик, вселяет в себя ненасытное чудовище — влечение к наркотикам, и все силы уйдут на постоянное вскармливание его.

«Самое страшное, что не удастся бросить, — смертельно боишься физических болей дикой силы. Ужас и стремление к удовольствию гонят на поиски куда угодно. Бежишь, придумываешь что угодно, умоляешь... Если сегодня не достал, не знаешь, как жить, и думаешь, думаешь об одном и том же и не можешь не хотеть ЭТОГО... Это похоже на жестокую сказку: идет человек по прекрасному саду и видит красивый дом. Любопытство толкает заглянуть. Входит, а сзади — хлоп. И нет выхода. И внутри нет никакой красоты — пустота, мрак и боль... Можно выйти, разбив стену. Но это сопряжено с большой болью и ужасом. Надеешься на чудо. Чудес не бывает! Кричишь «помогите!». Услышат ли?» — вот выдержка из письма наркомана (Миндлер А. Стекланный дом // В кн.: Бездна. Пьянство, наркомания, СПИД.).

ЭКРАННОЕ ПОСОБИЕ

«Осторожно: наркотики!»

автор: Зеренин А. Г.

ВЫШЛО

в издательстве «Знание» (Москва, 1989)

Цена комплекта из 18 диапозитивов
с брошюрой — 2 р. 61 к.

К СВЕДЕНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

В 1990 году основу выпусков ежемесячника «ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ» составит ряд тем, среди которых следующие вошли в издательский план по просьбе наших читателей:

ОПОРА И ДВИЖЕНИЕ: ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕДУГОВ (выпуск II)

В выпуске будут рассмотрены болезни суставов, столь распространенные в наше время, возможности их лечения, профилактики осложнений, восстановления; даны конкретные советы и рекомендации, включая и опыт мануальной терапии.

ПИТАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ (выпуск I)

В выпуске будут даны лучшие системы лечебного и профилактического питания, в том числе и вегетарианского; рассмотрены факты, вымыслы и заблуждения в этой области оздоровления, натуропатические диеты, а также вопросы о том, как правильно пользоваться помощью микрофлоры желудочно-кишечного тракта в пищеварении и медикаментозном лечении.

МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ И БОЛЕЗНЬЮ (выпуск III)

В выпуске будет рассказано о диагностике и преодолении иммуно-депрессивных состояний, о том, что такое предраковое состояние; даны соответствующие советы и рекомендации по оздоровлению, профилактике осложнений.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ (выпуск I)

В выпуске будут рассмотрены наиболее распространенные отклонения в сексуальном поведении мужчины и женщины, особенности психосексуального здоровья, нарушения детородных функций организма женщины и болезни половых органов мужчины; даны советы и рекомендации, специальное внимание будет уделено тому, как быть с простатитом и импотенцией.

+ + +

По-прежнему каждый из выпусков будет тематически расширен за счет публикуемых из номера в номер серий материалов в рубриках: «Возможности самоконтроля», «Лекарственные средства», «Наши рефераты», «Фенология здоровья», «Читателю на заметку», а также новых — «Будущий ребенок», «Домашнему астрологу», «Школа микромассажа», «Больному диабетом» и других, в том числе и предложенных нашими постоянными подписчиками.

Допиз нашего издания

«ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ — В ТВОИХ РУКАХ!»



НАПОМИНАЕМ

В розничную продажу наше издание **НЕ ПОСТУПАЕТ**

Подписка только **ПОЛУГODOВАЯ** и **ГОДОВАЯ**

Индекс подписки — 70063

СОВЕТУЕМ СВОЕВРЕМЕННО

ОФОРМИТЬ ВАШУ ПОДПИСКУ на следующий год!

Стоимость полугодовой подписки — 1 руб. 20 коп.,
годовой — 2 руб. 40 коп.

КАК ЗАБОЛЕВАЮТ АЛКОГОЛИЗМОМ

Почему необходима борьба с пьянством и алкоголизмом, понимает каждый. От пьянства страдают миллионы людей, страдают производство и быт, страдают настоящее и будущее человека, благополучие семьи.

Преодолеть пьянство и алкоголизм — значит знать, как бороться. Народная мудрость гласит: *«Чтобы врага одолеть — надо знать его в лицо»*. Зачем вообще люди пьют? Как и почему они втягиваются в пьянство? Что такое алкоголизм? Почему и как возникает эта болезнь? По каким признакам можно судить о переходе пьянства в алкогольную болезнь? Каковы стадии этой болезни и как они распознаются?

На все эти вопросы мы постараемся ответить. Ответы будут короткими, все они основаны на коллективном опыте специалистов — ученых, врачей всех стран.

Почему люди пьют?

Человечество знакомо с алкоголем 6 тысячелетий. У многих народов сложились алкогольные традиции — неписанные законы, определяющие, *когда можно и нужно пить*. Извлекалось же из алкоголя одно — способность изменять душевное состояние человека для *успокоения, расслабления, подъема настроения, ощущения комфорта*.

Однако такое состояние искусственное, оно фальшивое, неоплаченное. Ведь цена настоящей радости, заслуженного душевного покоя — это труд, терпение, вдохновение, пот и даже кровь. А *цена алкогольной радости — стоимость бутылки*. Удовольствие достигается простым химическим раздражением тех областей, центров в мозгу, которые управляют настроением, чувствами, переживаниями.

Эти мозговые центры как раз и отвечают за способность человека *смотреть на себя, на жизнь трезво, объективно, разумно, критически, контролировать свое поведение и управлять им*. Но, обманывая мозг, мы обманываем сами себя. «Пьяному море по колено», он весел без повода, не стесняется ни себя, ни других, он «утопил» вчерашние и завтрашние проблемы и беды.

Вывод. Человек с помощью алкоголя на время опьянения восполняет то, чего ему недостает: хорошего настроения, умения общаться, отдыхать и веселиться и умения

успокаиваться, расслабляться после нервного напряжения, переживать трудности и беды. Алкоголь покрывает *дефицит умения владеть собой*, регулировать свое состояние и поведение.

АЛКОГОЛЬ И «Я»

Путь в алкогольную болезнь, в хронические алкоголики — это путь все большего сближения с алкоголем, превращения его в верного «друга», в лучшее средство «облегчения» жизни.

Как же это происходит? Познакомившись с алкоголем где-то в молодые годы, человек повторяет затем выпивки по различным поводам. И постепенно у него складываются свои особые, личные отношения с алкоголем.

Какими они могут быть? В зависимости от частоты выпивок, привычного количества выпиваемых напитков, от того, какова личная реакция организма на алкоголь, а главное, от того, *какое место алкоголь занимает в жизни человека*, можно говорить:

- о нормальных отношениях с алкоголем;
- о злоупотреблении алкоголем;
- о наличии алкогольной болезни (алкоголизма) на той или иной ее стадии.

Как различаются эти 3 формы взаимоотношений человека с алкоголем? Как они переходят друг в друга?

Разумный нейтралитет

Можно ли вообще говорить о нормальном употреблении алкоголя? Очевидно, можно, пока существуют алкогольные тра-

ЦЕТЛИН Михаил Георгиевич — руководитель отделения антиалкогольной и антинаркотической пропаганды Всесоюзного научного центра медико-биологических проблем наркологии Минздрава СССР, кандидат медицинских наук.

ПОРОХОВА Людмила Анатольевна — старший научный сотрудник отделения алкогольной и антинаркотической пропаганды Всесоюзного центра медико-биологических проблем наркологии Минздрава СССР, кандидат медицинских наук.

ЗДОРОВОЕ СЕРДЦЕ



ОЖИРЕВШЕЕ СЕРДЦЕ АЛКОГОЛИКА



ЗДОРОВЫЙ МОЗГ



УМЕРЩЕВШАЯСЯ МОЗГОВАЯ КОРКА АЛКОГОЛИКОВ ОТЦАЕТСЯ, СЖИМАЕТСЯ



диции и не принят (всеми и добровольно) сухой закон.

С точки зрения медицины, личной и общественной пользы, единственная форма нормальных отношений с алкоголем — это отказ от него, сознательно трезвый образ жизни. С позиций реальной действительности приходится говорить об условной норме, чтобы отличить здорового человека от того, кто стал на путь пьянства и заболевания алкоголизмом.

Вот признаки условного нормального употребления алкоголя.

I. Строгий отбор поводов. Выпивки только по особым, исключительным случаям — как дань обычаям, традициям. Вне этих случаев человек не стремится выпить и сам не организует выпивок.

II. Редкая частота выпивок: не чаще одного, максимум — двух раз в месяц. Человек никогда практически не пьет 2 дня подряд.

III. Постоянное сохранение ситуационного контроля. Человек способен вне зависимости от ситуации и любого внешнего давления отказаться от предложения выпить. Он всегда контролирует себя в ситуации выпивки.

IV. Постоянное сохранение количественного контроля. Человек точно знает, сколько он может выпить, свою дозу, которая обычно не превышает 100—150 г. водки. Он всегда сохраняет четкий контроль за количеством выпитого во время выпивки.

V. Сохранение в течение жизни низкой переносимости алкоголя с защитной реакцией организма при передозировке. Нормальная реакция непьющего человека на алкоголь в количествах, превышающих его личную дозу, — это реакция на яд. Организм защищается от яда реакцией освобождения, очищения — защитной рвотной реакцией. При продолжении выпивки рвота возобновляется. Появление рвоты при минимальной

передозировке — это полезная, хорошая реакция. И у нормально пьющего она сохраняется на всю жизнь.

Изначальное отсутствие такой реакции при первом знакомстве с алкоголем (при мало-мальски значительном его количестве) — это опасный сигнал: у человека отсутствует или ослаблена защита от алкоголя! Почему? Возможно, у него имеется «алкогольная наследственность», т. е. больные алкоголизмом в роду, чье пьянство перестроило и устранило механизм защиты, что и передалось потомству.

VI. Постоянные «нормальные» формы опьянения. Обычно неглубокое опьянение — легкая степень его тяжести. Более сильное опьянение крайне редко и субъективно оправдывается якобы исключительностью ситуации. Что не менее важно — в опьянении всегда сохраняется правильное, четко контролируемое поведение, без нелепых поступков или излишней агрессивности.

VII. Нормальное самочувствие на следующее утро после выпивки. Физическое и умственное состояние обычное, готовность трудиться на полную мощность. Если же накануне личная доза была превышена, привела к плохому самочувствию с рвотой, то возможно легкое недомогание, которое быстро проходит после гимнастической зарядки, водных процедур и завтрака. Предложение выпить для опохмеления вызывает резко отрицательную реакцию. А «насилованная» утренняя выпивка вновь резко ухудшает состояние и сопровождается чувством отвращения к спиртному.

VIII. Отсутствие каких-либо нарушений памяти, связанных с действием алкоголя и наступающих после выпивки. На следующий день человек во всех деталях помнит вчерашние события — до, во время и после выпивки, их последовательность.

IX. Отсутствие влияния алкоголя на здоровье, на состояние внутренних органов и систем организма. Обследование нормально пьющего человека в любом возрасте не выявляет нарушений в работе организма, его нервной системы, прямо связанных с действием алкоголя.

X. Алкоголь не становится особой ценностью для человека или средством регуляции самочувствия или настроения. Неизменно сохраняется нейтральное или — еще лучше! — негативное отношение к алкоголю. Выпивки не имеют какой-либо особой привлекательности. Практически всегда человек справляется со своими настроениями без помощи алкоголя. Ни в каком качестве алкоголь не является для него ценностью.

ПУТЬ В АЛКОГОЛЬНЫЙ ОМУТ

Как и почему люди втягиваются в пьянство? Когда мы можем говорить о бытовом пьянстве, бытовом злоупотреблении алкоголем?

Во-первых, люди втягиваются в пьянство, когда они приобретают личный опыт воздействия алкоголя, и он некритически ими оценивается положительно. А происходит это, когда в качестве ложного друга алкоголь, «помогая» отдыхать, развлекаться, общаться, а то и горевать, как бы подталкивает слабого человека к повторению и учащению выпивок.

Возможно и втягивание в алкогольные компании — группы людей, в жизни которых выпивки занимают обязательное и важное место. Такая группа приобщает к алкогольным ритуалам активно, новичок участвует в законных для такой компании выпивках.

По этим причинам у человека может постепенно сложиться *собственный ритуал бытового пьянства* — система обязательных выпивок, он считает себя не вправе от них отказываться. Пьет и в честь получения зарплаты, и окончания трудовой недели, и начала отпуска, многочисленных народных, профессиональных и личных праздников, наконец, футбольных и хоккейных матчей, по поводу игры в домино, бани, рыбалки, грибной охоты либо просто так, например за встречу.

Вот признаки бытового пьянства

I. Расширение круга поводов к выпивке. Если ранее вы пили только в редких общепринятых случаях, а теперь и самые различные ситуации вдруг оказываются причиной — значит, вы ищете повод для пьянства.

II. Нарастание частоты выпивок, как правило, до нескольких раз в месяц.

III. Начальное ослабление ситуационного контроля. Вы пьете уже не только тогда, когда убеждены в допустимости выпивки. Все чаще подчиняетесь давлению внешней среды — круга приятелей, а точнее, собутыльников. Однако пьете, пока еще зная про себя, что не надо бы этого делать — не время или не место...

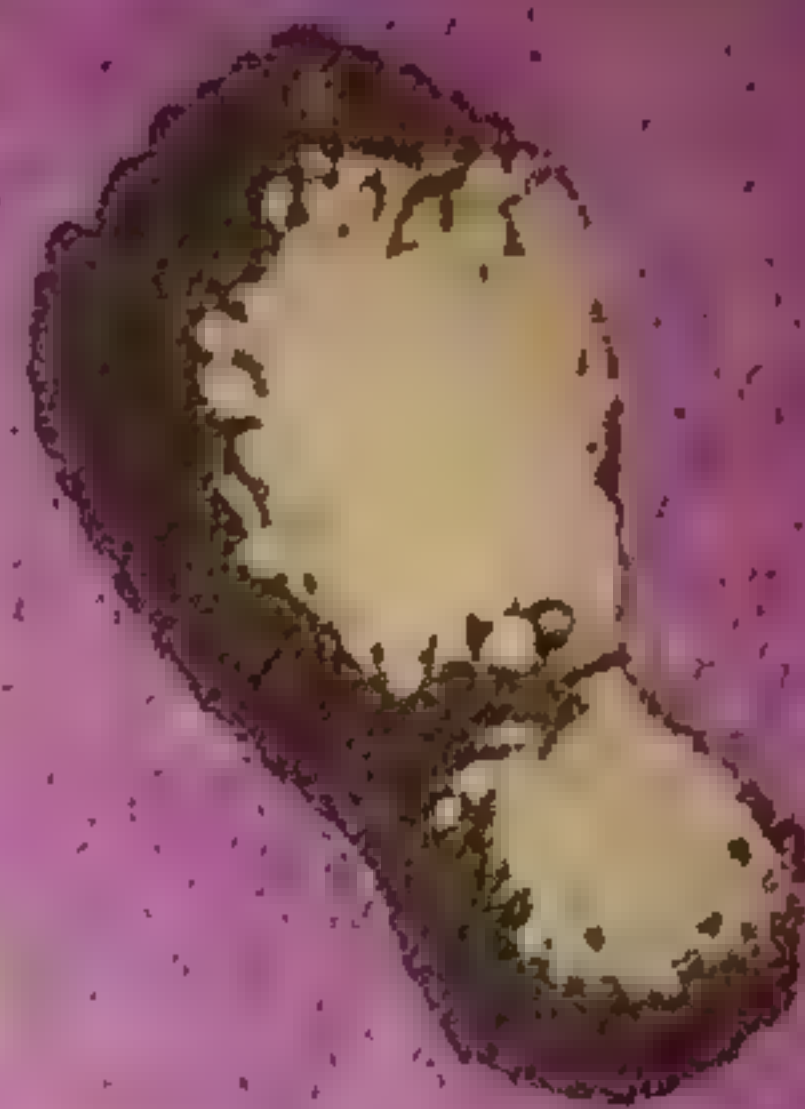
IV. Постепенное увеличение количества выпиваемых напитков — повышение своей дозы до 300—500 г водки. Контроль за объемом выпитого обычно сохраняется, но учащаются отдельные случаи его потери, а это сигнал о готовности к алкогольной болезни.

V. Постепенное ослабление и исчезновение защитных реакций организма. Два последних признака говорят о том, что вы

**ЗДОРОВАЯ
ПЕЧЕНЬ**



**ОЖИРЕВШАЯ
ПЕЧЕНЬ
АЛКОГОЛИКА**



**СМОРЩЕННАЯ,
РУБЦОВАЯ
ПЕЧЕНЬ**

**ЗДОРОВАЯ
ПОЧКА**

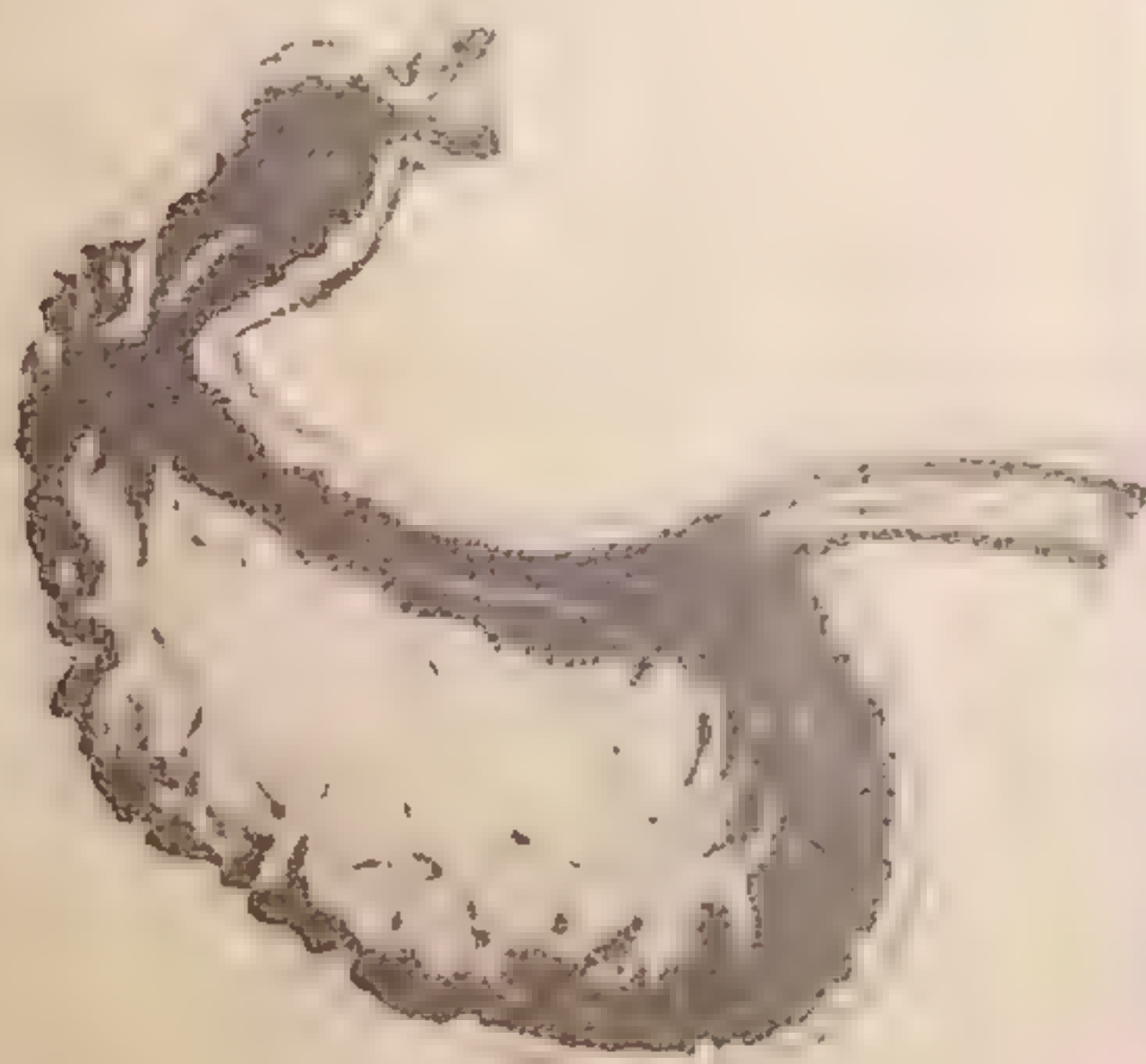


**ПОЧКА
ОЖИРЕВШАЯ**



**ПОЧКА
СМОРЩЕННАЯ**

ЗДОРОВЫЙ ЖЕЛУДОК



**У АЛКОГОЛИКОВ
СКЛАДКИ
ЖЕЛУДКА
НАБУХАЮТ,
ДЕЛАЮТСЯ
ГРУБЫМИ**

обучаетесь чрезмерно выпивать (без рвоты). И это очень плохо! Это еще один признак готовности к втягиванию в алкогольную болезнь. Подобные «личные рекорды» — не повод для мужской гордости, как думают некоторые молодые люди, а знак беды!

VI. Постепенное утяжеление форм опьянения и их изменение. Помногу пьющий

человек все чаще доводит себя до средней или даже до тяжелой степени опьянения, т. е. до отключения. Вы все хуже контролируете свое поведение в опьянении. Как правило, пьяный ввязывается в драки, скандалит и оказывается в милиции или вытрезвителе. Подобное поведение в общественном месте или дома — еще один сигнал надвигающейся беды!

VII. Учащение случаев плохого самочувствия на следующий день после выпивки. Физическое недомогание с вялостью, головной болью, сухостью во рту может сочетаться с пониженным настроением по утрам и переживаниями вины за содеянное. Эти явления проходят достаточно быстро (после душа, плотного завтрака, а иногда к середине дня). Попытки же опохмеления ухудшают самочувствие, спиртное воспринимается как крайне неприятное, вызывает отвращение.

VIII. Отдельные случаи утреннего забывания событий, происходивших накануне (во время или после окончания выпивки). Даже единичный провал в памяти — серьезный признак грозящего бедствия.

IX. Появление болезненных реакций организма на алкоголь — большей частью временных, быстро проходящих, но достаточно отчетливых. С массивной выпивкой бывают связаны подъем артериального давления, острое воспаление слизистой желудка, обострение язвы желудка, болезни сердца или печени. У больных с поражением нервной системы (в связи с перенесенной травмой головного мозга и т. п.) пьянство может спровоцировать нервный срыв.

X. Наконец, постепенно утверждая алкоголь в качестве несомненной жизненной ценности, человек тем самым формирует систему бытового злоупотребления алкоголем. Если события, не сопровождающиеся приемом алкоголя, все чаще рассматриваются как пустые, скучные, а все, что связано с выпивкой, — как привлекательное, — это важнейший признак появления систематического злоупотребления алкоголем.

Поставьте перед собой зеркало. Взгляните на себя со стороны.

Бытовое пьянство — уже предболезнь! Если вы выявили у себя несколько признаков злоупотребления алкоголем, это очень серьезно! В таком случае вы рискуете стать алкоголиком, вам грозит болезнь! Будьте бдительны!

ОМУТ ЗАТЯГИВАЕТ ТОНУЩЕГО

Когда же и как именно бытовое пьянство переходит в алкогольную болезнь?

Всего несколько лет, а иногда лишь месяцев злостного пьянства ведут к 1-й стадии алкоголизма. От бытового злоупотребления она отличается в основном количественно. Но есть и качественно новый признак наступления особых отношений человека с алкоголем, свойственный именно 1-й стадии алкоголизма как болезни. Это психическая зависимость от алкоголя.

Проявляется в том, что у человека все чаще начинает появляться желание вновь

выпивать, потребность в повторении выпивок, т. е. влечение к алкоголю.

Не имеет значения, осознается ли наличие этой потребности или нет. Вы можете считать, что стремитесь не к выпивке как таковой, а к ситуациям, в которых, что называется, не грех выпить. А возможность такая в большинстве случаев реализуется. Как это выглядит? Постепенно все более активно вы организуете встречи с теми людьми и по такому поводу, когда выпивка обязательна, и появляется огорчение, когда застолье откладывается или расстраивается.

При этом важный признак наличия влечения к алкоголю таков. Если трезвое время затягивается, то меняется настроение и соответственно поведение: человек становится раздражительным или грустным, ему скучно. Он не находит себе места и ищет причину для ухода из дома и встречи с собутыльниками.

Такой человек с удовольствием говорит на алкогольные темы. Мрачный и злой, он успокаивается и оживляется, покупая питье, договариваясь о застолье, вспоминая прежние пьянки. Человек может и осознавать наличие у себя тяги к алкоголю. И все же иногда он побеждает тяготение, когда пытается бороться с ней. Но чаще — увы! — побеждает «зеленый змий»...

Кнут и пряник для мозга

Почему это происходит и обязательно ли возникает и закрепляется влечение к алкоголю, психическая зависимость от него?

Потому, что мозговые центры настроения, саморегуляции поведения, на которые как раз и действует алкоголь, за время бытового пьянства привыкают к нему. Постепенно они начинают сами все меньше работать, как бы ожидая очередной дозы алкоголя. А без приема внутрь у человека периодически возникают хандра, ощущение внутренней пустоты, нехватка чего-то очень важного. Это мозг сигнализирует: «Давай алкоголь!»... А это и есть влечение к алкоголю.

Человек выпивает — мозг возбуждается. Тогда и изменяется состояние: улучшается настроение и т. д. Теперь он тянется ко всему, что связано с выпивкой, подчас испытывая и острейшее желание выпить. Все его поведение направляется на активные поиски спиртного. Алкоголь становится обязательной и важной составной частью образа жизни, условием отдыха, встреч, условием радости и горя.

Так возникает психическая зависимость и душевного состояния, и поведения человека от приема алкоголя — рабство.

Морфология спермы

здорового мужчины



у здорового мужчины
уменьшено
количество
сперматозоидов
изменено
их строение
снижена
подвижность
Отмечаются
аплазматич.
и бесплодие

Дети, родившиеся

до заболевания отца

алкоголизмом

Без умственных
отклонений
успешно учатся
в школе,
ПТУ
вузах

после заболевания отца

через 3-4 года

умственная
отсталость, деби-
льность I степени
80-90%
предел обучения -
4-5 классов
из-за снижения
интеллекта

через 8 лет

дебильность
II-III степени,
идиотия
80-90%
обучение
только
в вспомогательной
школе

после 4-летнего
воздержания
от алкоголя

отсутствие
нарушений
психики
80-90%

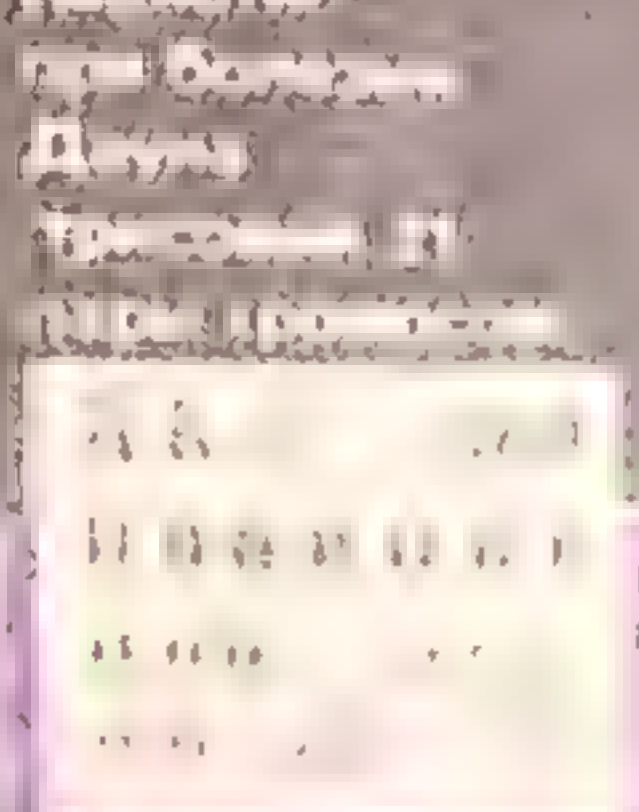


Алкоголь вызывает настоятельные нарушения
в последующих поколениях (2-3)

Наркотизм в семье



Наркотизм
в семье



Рабство

Рабство
в семье

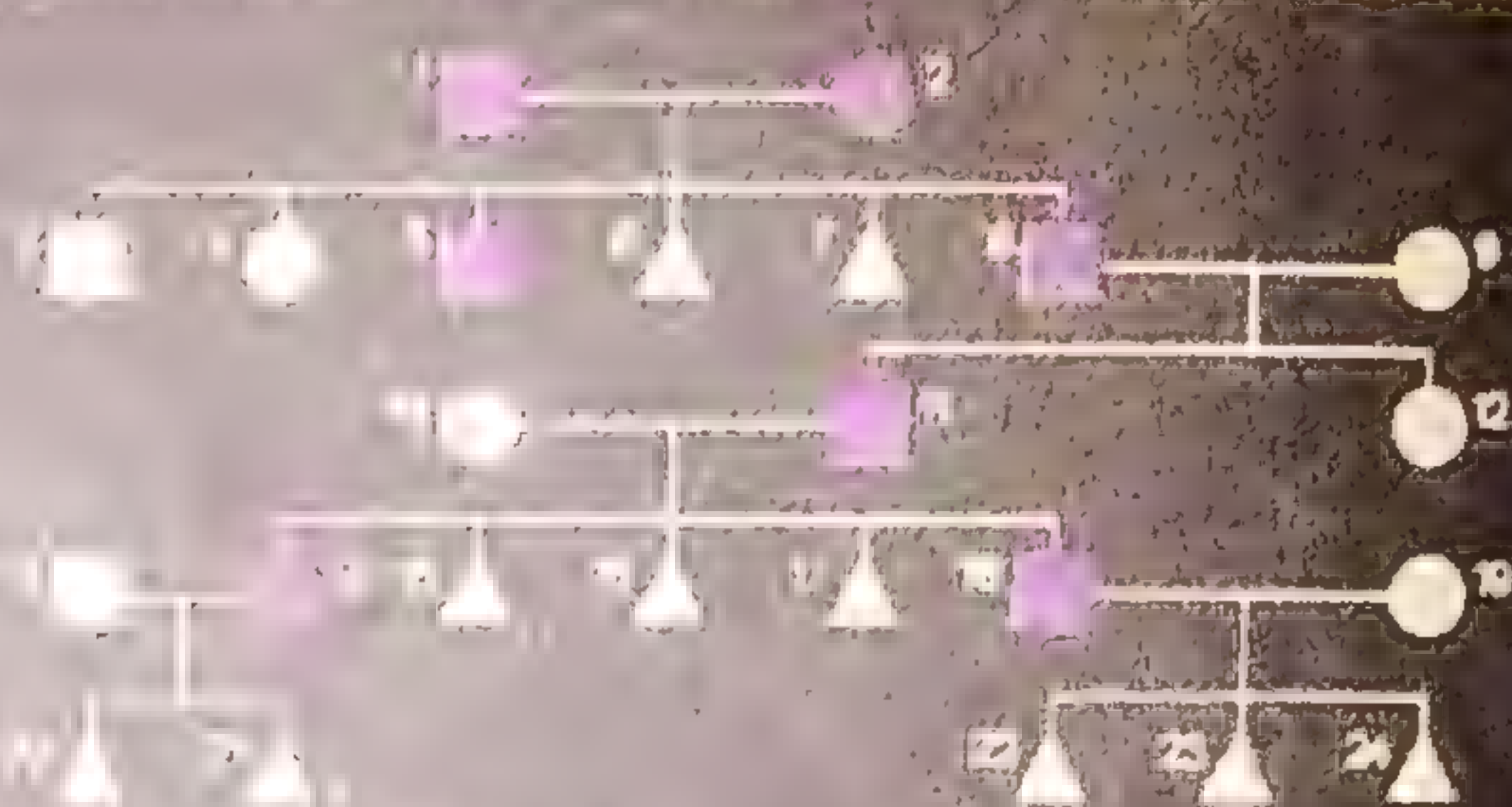


Дерматологические

заболевания
в семье
и наследственные
заболевания

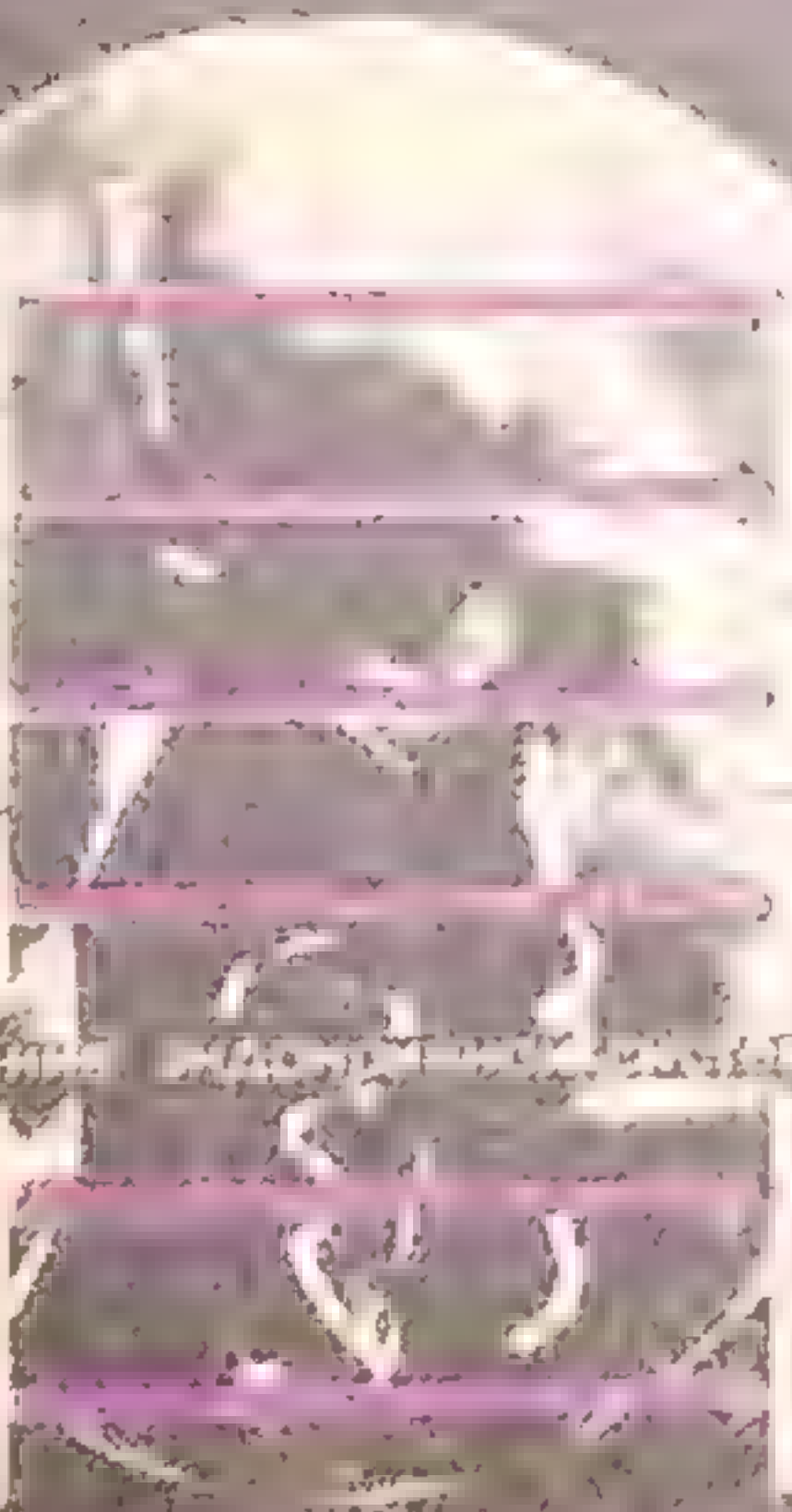


Генеалогическое древо потомства пьяных родителей



Заболевания
пьющих матерей

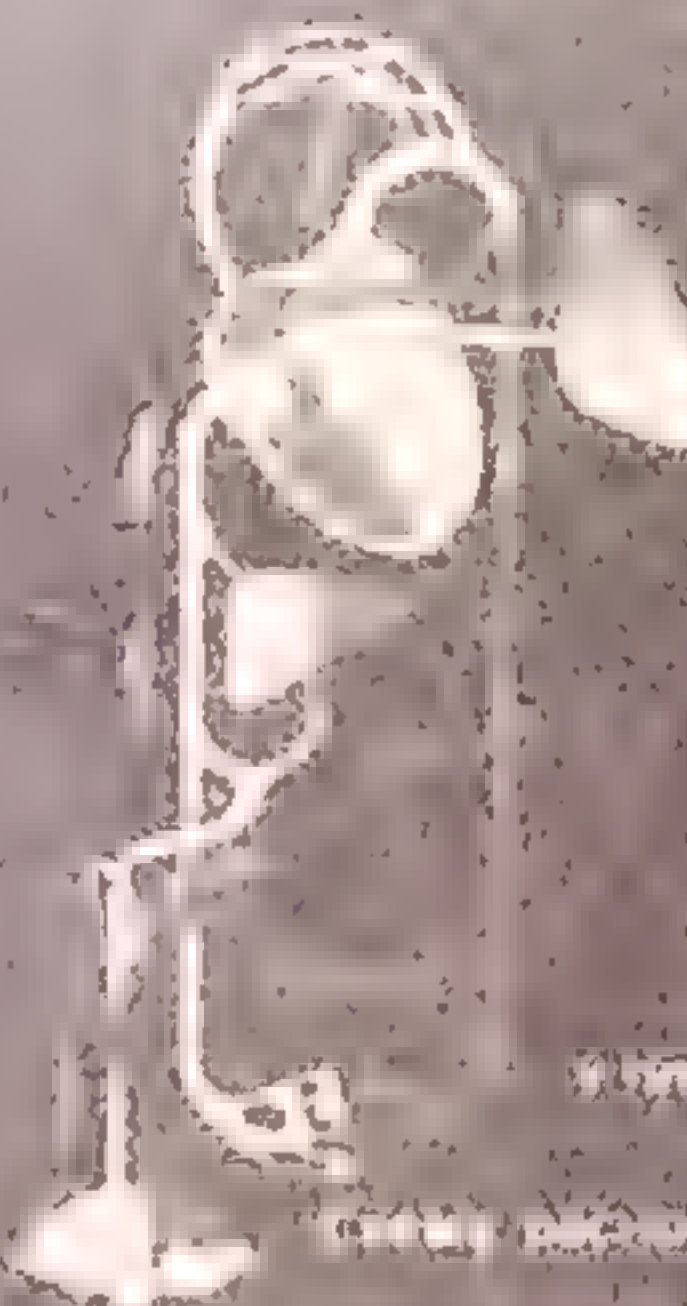
- Заболевания печени
- Заболевания почек и токсикоз
- Заболевания сердца и сердечная недостаточность
- Поражение легких хроническая пневмония
- Гипертиреоз
- Сахарный диабет



Нарушения
в плоде

- Гипоксия
- Психическое развитие
- Гипоксия, отечность, обильные нарушения
- Гипоксия, отечность, обильные нарушения

Пьяные матери и алкоголь на плод
и развитие беременной женщины



Алкогольный синдром плода и его проявления у новорожденных

- Внутриутробная гипотрофия **80-90%**
- Аномалии конечностей **18-41%**
- Недоношенность **40-70%**
- Нарушение физического развития **80-90%**
- Врожденные пороки сердца **30-49%**
- Носоглазие **10-20%**
- Микроцефалия **84-88%**
- Неврологические нарушения **85-89%**
- Аномалии лица **65-70%**
- Уродство половых органов **38-49%**



Морфологические изменения сердца и печени
у плода с алкогольным синдромом

Сердце плода
с отклонениями
от нормы



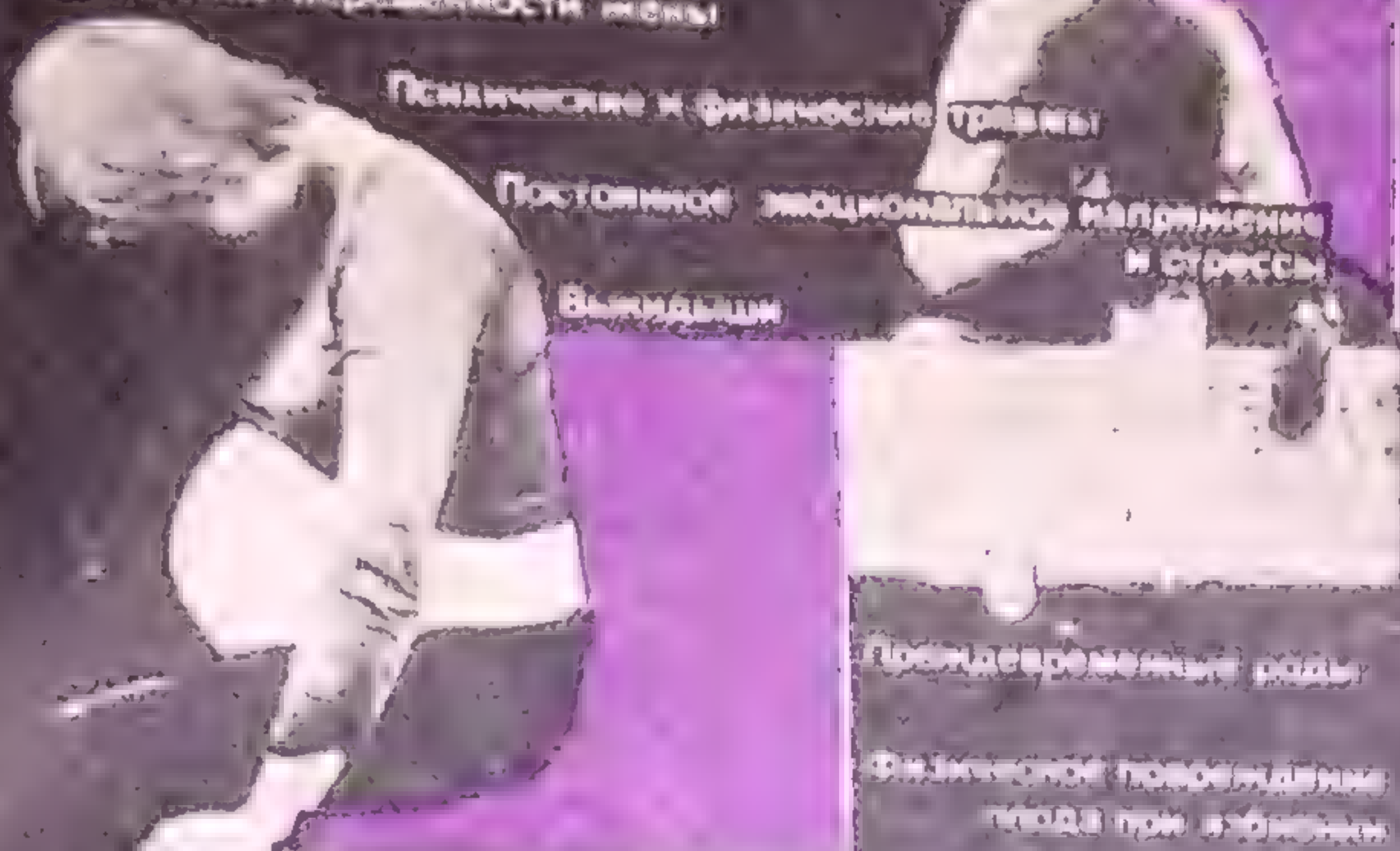
Печень плода
в норме



Печень плода
при алкогольном
синдроме

Сердце плода
с алкогольным
синдромом

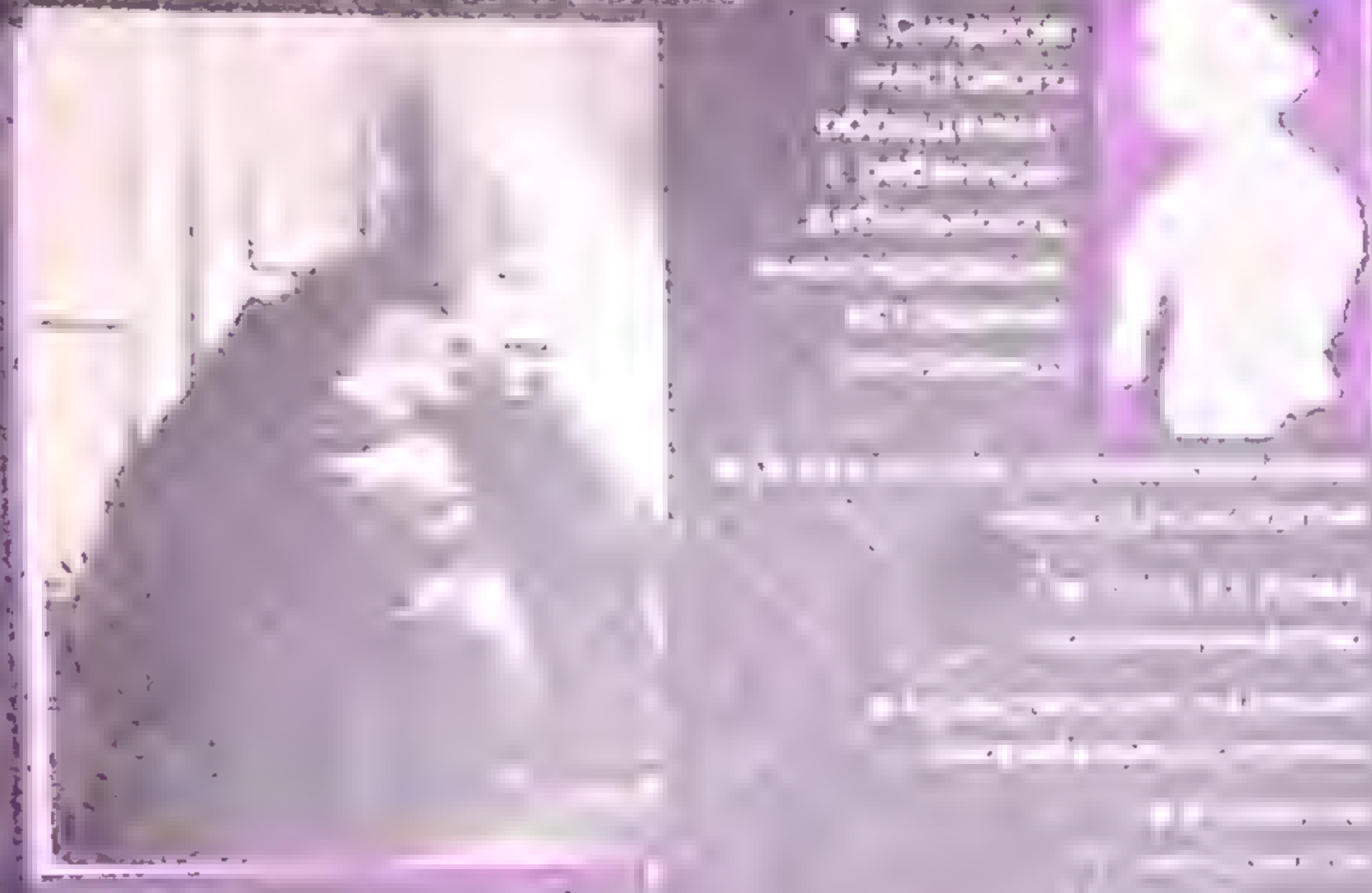
Влияние пьянства мужа на течение беременности и родов



Проявление алкогольного синдрома у детей дошкольного возраста и подростков



Влияние пьянства отца на ребенка

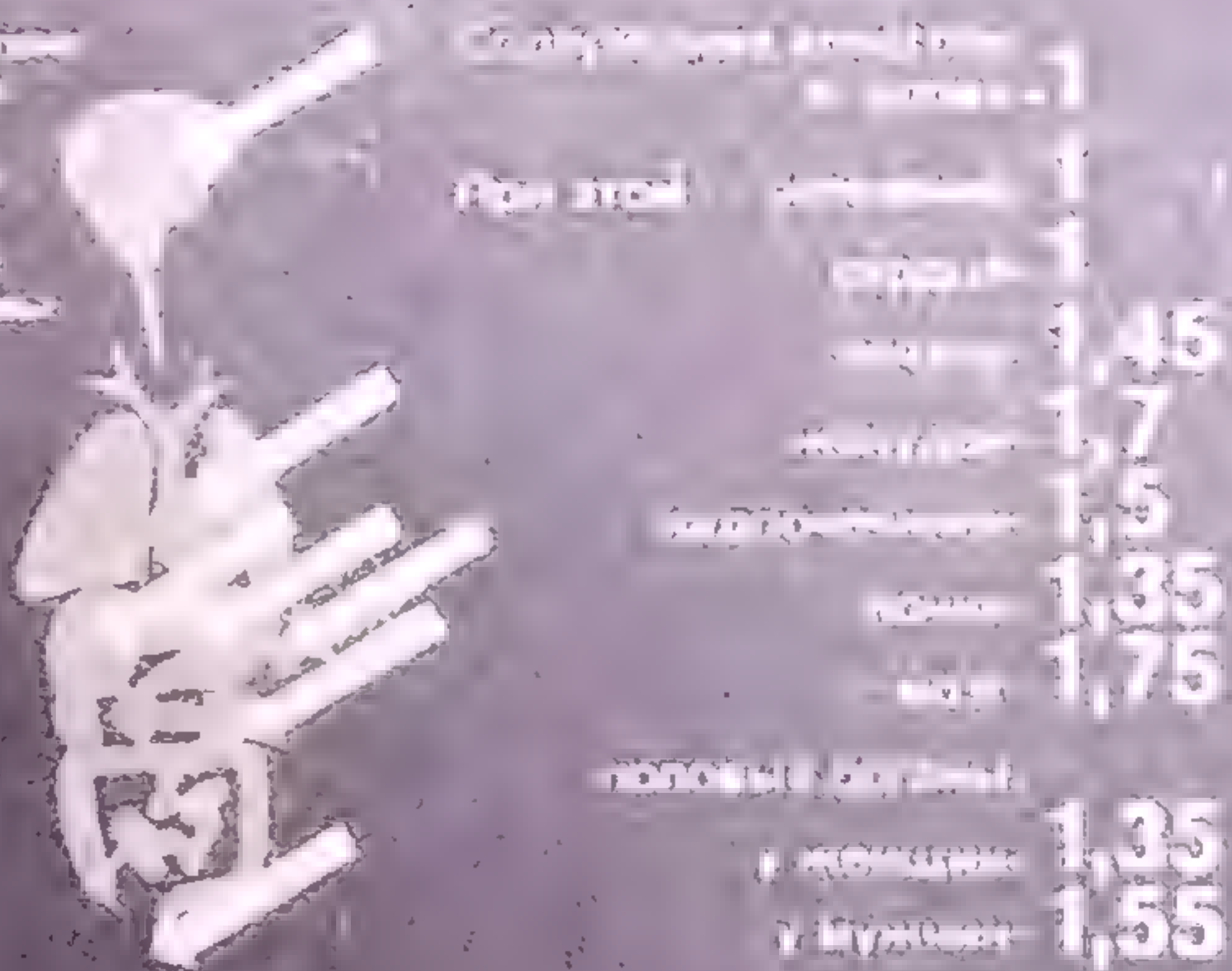


Частота поражения ребенка при хроническом алкоголизме отца или матери

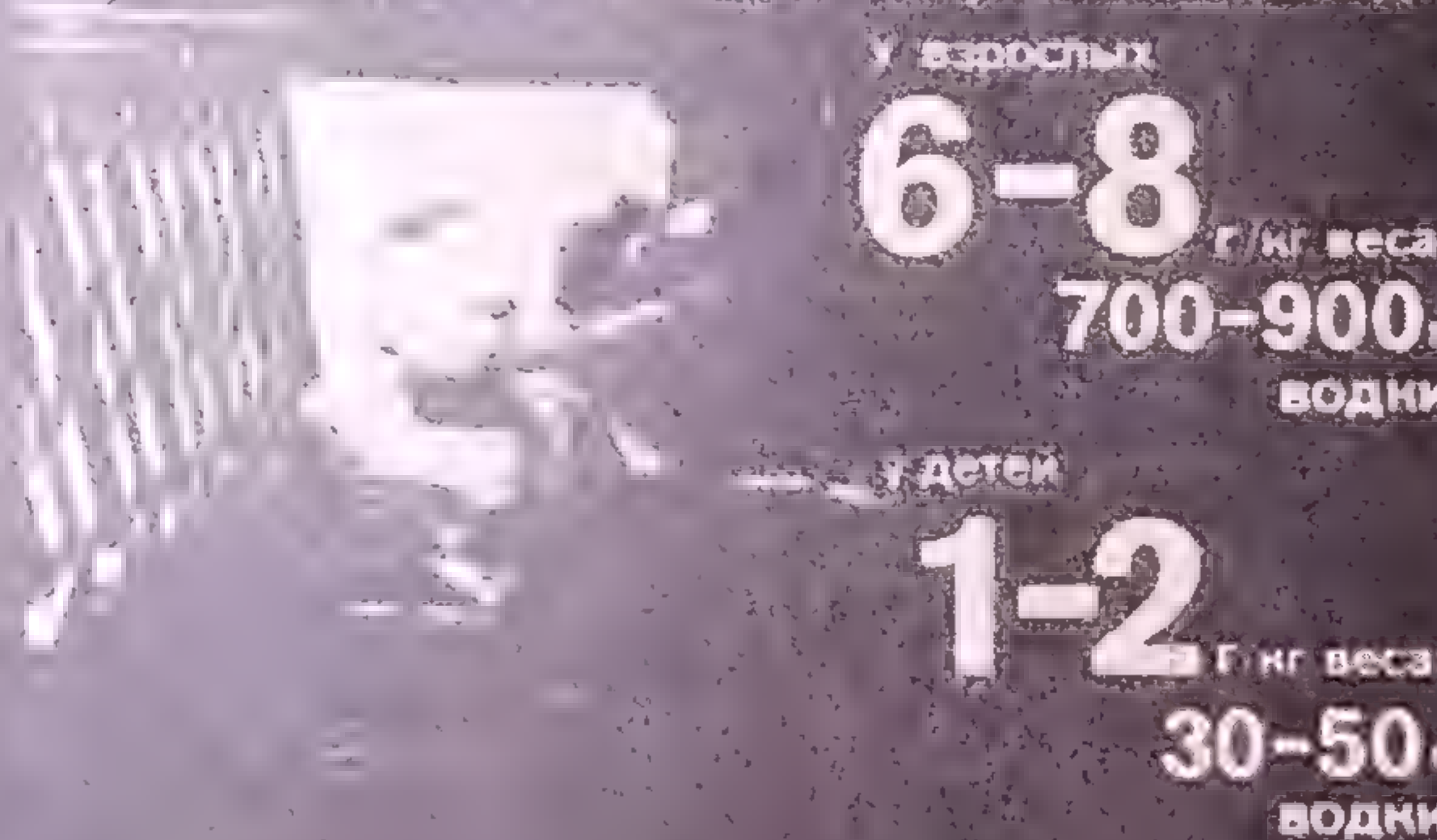
Хронический алкоголизм	примечание: развитие у ребенка	Замедленное физическое развитие ребенка
мать	17%	37%
отец	32%	66%



Воздействие алкоголя на мужской и женский организм



Смертельный исход: у взрослых



Именно наличие психической зависимости позволяет говорить о развитии у человека алкоголизма как болезни. Потому что болезнь — это ограничение свободы жизнедеятельности. И перелом ноги ограничивает эту свободу, как и болезненное стремление к чистоте у больных неврозом подчиняет себе

всю их жизнь, они без конца моют руки, стирают и т. п. Точно так же зависимость от алкоголя существенно ограничивает свободу поведения человека, свободу выбора поступков, круга общения, время препровождения. Алкоголь подчиняет его себе, обращая в раба поллитровки. Человек заболевает

алкогольной болезнью — хроническим алкоголизмом.

Вот признаки наступления 1-й стадии алкоголизма

I. Максимальное расширение круга поводов для алкоголизации с активным поиском таких поводов. Практически любая ситуация может побудить к выпивке.

II. Дальнейшее нарастание частоты выпивок — до 2—3 раз в неделю. Так окончательно оформляется система личного пьянства. Пьющий человек подчас активно борется за свое право жить так, как он считает нужным, с матерью или женой, с товарищами, пытающимися удержать его от падения. Нередко он бросает дом, меняет место работы, уезжает в вольные края. На самом же деле так больной, подчиняясь зову бутылки, борется за право пить так, как этого требует его уже сложившийся механизм влечения к алкоголю.

III. Дальнейшее постепенное ослабление ситуационного контроля. Охваченный влечением к алкоголю, человек пьет тогда и там, где он раньше не пил и где пить нельзя: на улице, в магазине, на работе. Поэтому время от времени он попадает в вытрезвитель или предстает перед судом товарищей по работе.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЭМБРИОПАТИЯ

ПСИХИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

УТОМЛЯЕМОСТЬ И НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ

МОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ

НЕУПРАВЛЯЕМОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ

ПЛОХАЯ ОБУЧАЕМОСТЬ

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ

РАННЯЯ ПСИХОПАТИЗАЦИЯ

СЛАБОУМИЕ

СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ



Все чаще возникают семейные скандалы из-за пьянства и его последствий.

IV. Рост количества выпиваемых алкогольных напитков. Во-первых, привыкание мозговых центров к действию алкоголя приводит к тому, что ставшая было достаточной доза через какое-то время перестает давать желаемый эффект опьянения. Ее приходится увеличивать.

Во-вторых, появляется новый серьезнейший признак алкогольной болезни — влечение к алкоголю во время выпивки. Организм человека за время пьянства так перестраивается, что начинает воспринимать алкоголь как нужное, родное. И после первых порций выпивки он, как бы распознав друга, начинает требовать дальнейшего его приема. Это ощущается как вспыхивающее острое желание продолжать выпивку вплоть до достижения тяжелого опьянения.

Внешне алкогольная жажда проявляется как торопливость с очередным тостом, активное опережение круга в застолье в количестве выпитого, наконец, стремление выпить все до дна и добавлять еще и еще. А в итоге больной выпивает до 500—1000 г водки.

Таким образом, постепенно все более снижается и, наконец, утрачивается количественный контроль за выпитым. Теперь человек, начав пить, уже не может остановиться. Именно о нем говорят: «Ему одной рюмки много, а двадцати — мало»...

V. Постепенное полное исчезновение защитных реакций организма в отношении алкоголя даже при передозировках. Защита разрушена окончательно!

VI. Все более тяжелые формы опьянения и неправильного, вплоть до скандального, поведения в опьянении. Учащаются «подвиги» в пьяном виде, больной становится нетерпимым в такие моменты в семье, даже в кругу собутыльников.

VII. Все более частое, длительное и выраженное ухудшение утреннего самочувствия после вечерних выпивок. Период физического недомогания утяжеляется и затягивается, настроение все более падает. Утреннее опохмеление может вызвать отвращение или рвоту. Но однажды может вдруг облегчить самочувствие, и это особенно опасный признак развития болезни. Почему? Об этом скажем особо.

VIII. Учащение случаев утреннего забывания вчерашних событий в связи со все более тяжелым действием на мозг растущих, вплоть до смертельных, доз алкоголя.

IX. Все более частое после массивных возлияний обострение имеющихся болезней — язвы желудка или 12-перстной кишки, гипертонии, болезней сердца, печени, почек... Алкоголь особенно поражает нервную

систему, и уже на 1-й стадии алкогольной болезни нарастает раздражительность, становится неустойчивым настроение, подчас расстраивается сон.

Х. Важнейший признак 1-й стадии алкоголизма — окончательное закрепление отношения к алкоголю как к одной из наибольших жизненных ценностей. Потребность в алкоголе, интерес к нему занимают лидирующее положение среди других жизненных стимулов, оттесняя или даже вытесняя другие интересы, увлечения, занятия, в том числе семейные, учебные, общественные, спортивные. Все, что связано с выпивкой, оказывается хорошим, нужным, важным; остальное — необязательным, неинтересным.

К зеркалу! Пора в полном смысле слова трезво взглянуть на себя и решить: а не перешло ли у меня бытовое пьянство в 1-ю стадию алкогольной болезни? **Обнаружение даже 2—3 признаков требует немедленного обращения за врачебной помощью!** Медлить нельзя, иначе болезнь будет развиваться все дальше и глубже! **Чем раньше начато лечение — тем больше шансов на излечение!**

Если человек уже болен алкогольной болезнью (по всем признакам 1-я стадия), но он не лечится, не бросает пить, то неминуем и переход от 1-й ко 2-й стадии алкоголизма.

НА ДНЕ ОМУТА

2-я стадия — это разгар болезни, ее окончательного оформления и закрепления, стадия проявления всех тяжелых последствий длительного пьянства со стороны организма — поражения внутренних органов, а особенно нервной системы, психики. Она наступает тогда, когда длительное алкогольное насилие вынуждает организм к полной и необратимой перестройке всей системы его работы, его жизнедеятельности.

Прежде всего завершается перестройка системы обмена веществ. Алкоголь становится его обязательной составной частью, оказывается необходимым продуктом питания, без которого организм плохо работает, дает сбои. Организм теперь находится в полной зависимости от наличия или отсутствия в нем алкоголя. Такая форма зависимости называется **физической**.

Опохмеление

Физическая зависимость — это потребность организма больного человека в систематическом (постоянном или периодическом) употреблении алкоголя. Как она проявляется себя?



При недостаточном количестве алкоголя в организме, например наутро после выпивки, у больного возникает *похмельное состояние* разной степени тяжести, но всегда мучительное. Он испытывает разбитость, слабость, головную боль, у него потливость, частое сердцебиение, повышается или падает артериальное давление. Характерны отеки, красное лицо, дрожь в пальцах рук, а подчас и в ногах и даже во всем теле, потеря аппетита, нередко общий озноб.

Тяжелое физическое состояние почти всегда сочетается с подавленностью или нервным напряжением — на душе необъяснимая тревога, страх перед чем-то ужасным, но неотвратимым, гложет чувство вины перед близкими за содеянное в угаре выпивки.

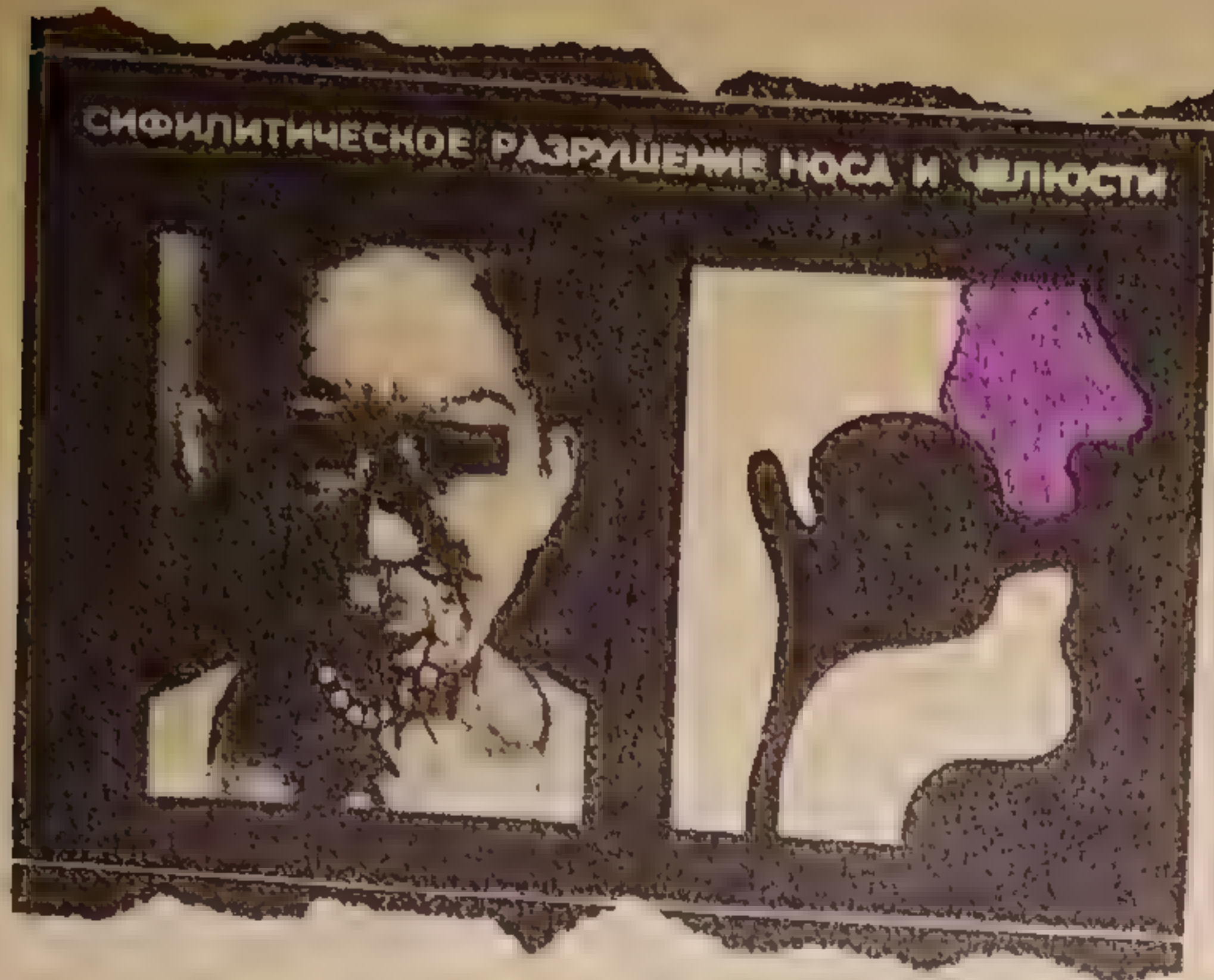
Больной стремится к опохмелению, ищет любое спиртное. И только опохмеление улучшает самочувствие, приводит его к норме, снимает тяжесть с души. Иногда больной, понимая, что перед работой пить нельзя, терпит до обеда или даже до вечера и лишь потом выпивает (*отставленное опохмеление*). Но сути дела это не меняет: *опохмеление (новая порция алкоголя) необходимо*.

Важно понимать, что похмелье — это не столько следствие отравления организма алкоголем, сколько проявление нехватки, дефицита его. Отравление грибами, например, или новой порцией мухоморов не лечат. А алкоголик вынужден опохмеляться, вновь вводить себе яд, потому что без этого ему еще хуже.

И еще...

Так работает алкогольный механизм, требующий все нового «топлива», и это объясняет все новые болезненные признаки, свойственные 2-й стадии алкоголизма.

Прежде всего полная утрата количественного контроля. Практически любая



СИФИЛИТИЧЕСКОЕ РАЗРУШЕНИЕ НОСА И ЧЕЛЮСТИ

начальная доза алкоголя служит затравкой, вызывая страстное желание продолжить выпивку. И, начав пить, больной уже не может остановиться, пока не выпьет свою дозу, а она высока — от 0,5 до 1 л водки и более. Следовательно, неминуемо тяжелое опьянение и не только глубиной помрачения сознания, но и поведением в таком состоянии: обычны злобность, агрессивность и т. д.

Утрачивается и ситуационный контроль: больной почти всегда пьет без учета уместности своего пьянства, реакции окружающих и т. д. Хотя нередко опохмеление долго утаивается, постепенно оно открывается сначала в семье, а затем и на работе. **Меняется форма пьянства: оно становится постоянным, практически ежедневным или периодическим, запойным, причем запои длятся от 2—3 дней до месяца и более.** Регулярно после каждой выпивки наблюдаются выпадения памяти — забываются отдельные, нередко весьма продолжительные сцены периода опьянения.

2-я стадия алкоголизма — расцвет «алкогольных болезней»: цирроз печени, гипертоническая болезнь, приводящая к инсультам (кровоизлияниям в мозг), внезапная остановка сердца — увеличенного в размерах до «бычьего», слабого и дряблого, и другие болезни.

Что означает алкоголизм? Сломанные судьбы и нераскрывшиеся таланты, инвалидность в 40 лет и ранняя, преждевременная смерть, и самоубийства. Это и разрушение гордости человека — его мозга: белая горячка, потеря памяти, слабоумие. Это и разрушение семьи, горе, слезы, нервные срывы, ранняя старость жен. И безотцовщина, ожесточение выпавших «из гнезда» детей; наконец, больное уже при рождении потомство. Это и прогулы, отнимающие треть рабочего времени, и четверть всех несчастных случаев в цехах, в поле, на дорогах, и более половины всех преступле-

ний — от пьяных драк до убийств, грабежей, надругательства над женщиной.

Пьянство и алкоголизм это всегда потеря человеческого лица, способности нормально понимать, думать, чувствовать, жить.

СЛЕПОЙ ИДЕТ К ПРОПАСТИ

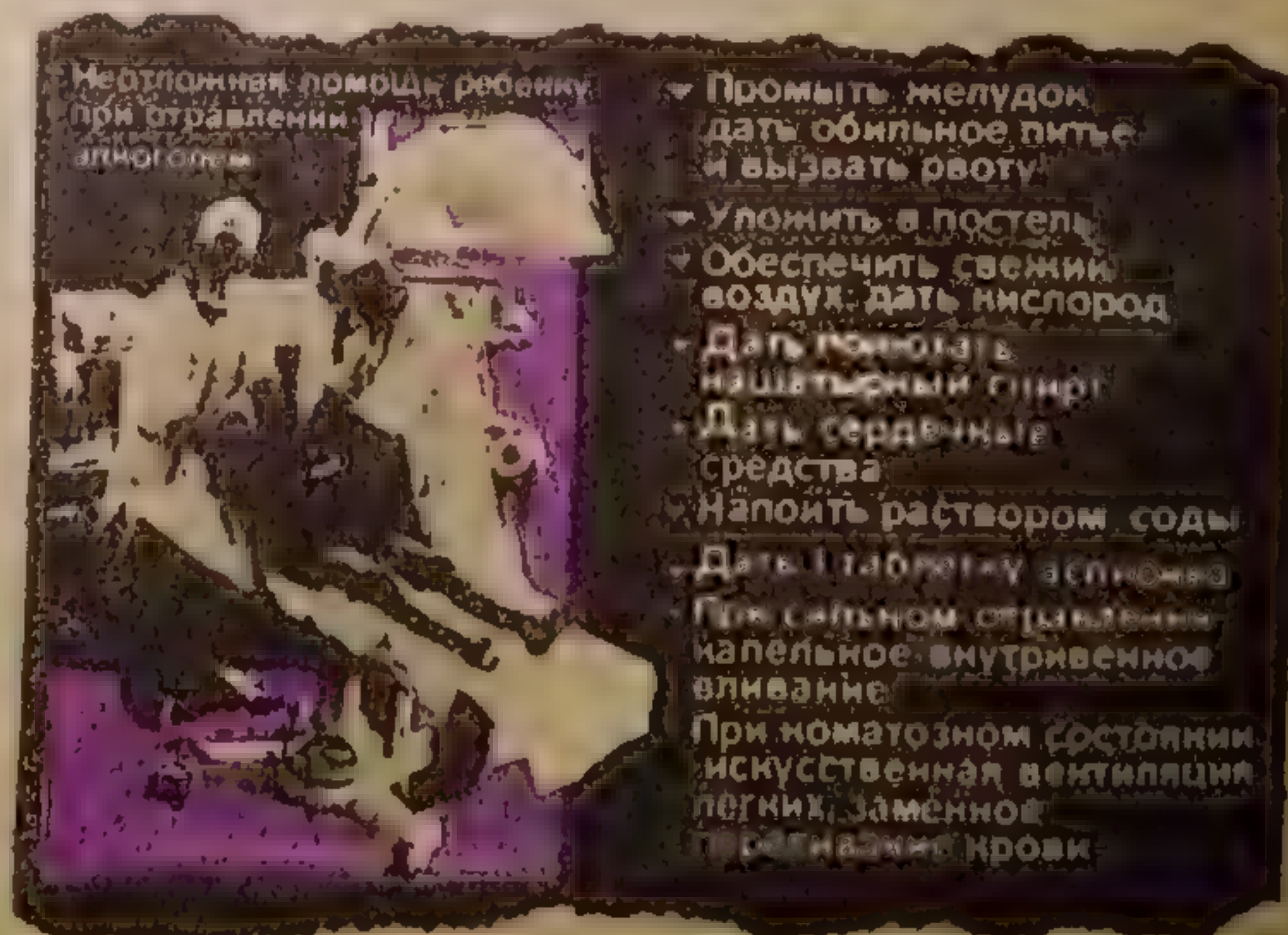
И еще об одном моменте. Человек, который заболевает любой другой болезнью, все же обычно достаточно своевременно ощущает у себя ее признаки. Страдая от болезни, пытается преодолеть, активно ищет помощи у близких или у врачей. Он осознает, что болен. А человек, у которого развивается алкогольная болезнь, не только не ощущает начала этой болезни, но даже в далеко зашедших случаях часто не осознает ее наличия.

Пьет он почти ежедневно и всегда помногу, у него давно нет защитных реакций на самые большие дозы. Он никогда не отказывается от выпивки, а *начав пить, не может остановиться*, часто напивается до положения риз, буянит в пьяном виде и становится посетителем вытрезвителя. Он пьет запоями, он мучается по утрам с похмелья и вынужден регулярно лечиться тем, от чего заболел.

И все же он продолжает утверждать, что все это случаи и обстоятельства, что у него все в порядке, не считает себя больным, яростно отрицает у себя алкогольную болезнь, возражая близким или товарищам по работе, пытающимся образумить его.

Почему это происходит?

Вспомним, что алкоголь действует как раз на те центры в мозгу человека, которые отвечают за самоконтроль, подавляя действие этих центров, что особенно ярко проявляется в поведении пьяного.



Медицинская помощь ребенку при отравлении алкоголем

- ▶ Промыть желудок, дать обильное питье и вызвать рвоту
- ▶ Уложить в постель
- ▶ Обеспечить свежий воздух, дать кислород
- ▶ Дать пополать нашатырный спирт
- ▶ Дать сердечные средства
- ▶ Напоить раствором соды
- ▶ Дать 1 таблетку аспирина
- ▶ При сильном отравлении — капельное внутривенное вливание
- ▶ При коматозном состоянии — искусственная вентиляция легких, замещение утраченной крови

ПУТЬ К АЛКОГОЛИЗМУ

Признак	Нормальное потребление алкоголя	Бытовое злоупотребление	1-я стадия алкоголизма	2-я стадия алкоголизма
Поводы для алкоголизации	Редкие, объективно важные, общепринятые	Круг поводов постепенно расширяется	Круг поводов максимально расширяется, формируется индивидуально-групповая система пьянства	Стабильная система обязательного пьянства
Частота выпивок	Редкая, не более нескольких раз в год	Постепенно нарастает до нескольких раз в месяц	Нарастает до нескольких раз в неделю	Систематическое употребление алкоголя (постоянное или запойное)
Ситуационный контроль	Всегда сохраняется	Начальное ослабление	Дальнейшее ослабление, эпизоды его потери	Утрата
Количество выпиваемого алкоголя, количественный контроль	Небольшое, с постоянным сохранением контроля за ним	Постепенно растет с сохранением контроля (эпизоды его снижения)	Растет до индивидуальных максимальных доз с постепенной утратой контроля	Постоянно максимальное, с полной утратой контроля
Защитные реакции на алкоголь	Сохраняются в течение всей жизни	Ослабляются и постепенно исчезают	Окончательно исчезают	Отсутствуют
Формы опьянения	Обычная легкая степень опьянения без нарушения поведения	Постепенно учащаются случаи опьянения средней и тяжелой степени с неправильным поведением	Часто средняя или тяжелая степень опьянения с неправильным поведением	Постоянно тяжелое опьянение с грубо неправильным поведением
Самочувствие наутро после выпивки	Нормальное, рабочее	При передозировке — ухудшение, достаточно быстро проходящее	Все более длительное и выражаемое утреннее недомогание	Тяжелое похмельное состояние с грубо неправильным поведением
«Выпадение» памяти наутро после выпивки	Не отмечается	Единичные случаи (после интенсивных выпивок)	Все более частые случаи	Отмечаются постоянно
Обострение имеющихся болезней и развитие новых вследствие алкоголизации	Не наблюдается	Наблюдается изредка, после интенсивных выпивок	Все более частые случаи	Наблюдается постоянно
Отношение к алкоголю	Отрицательное или нейтральное	Формирование и закрепление положительного отношения	Окончательное закрепление отношения как к важной жизненной ценности	Алкоголизация — смысл и содержание жизни
Признаки алкоголизма как болезни			Психическая зависимость	Физическая зависимость

Когда развивается психическая зависимость от алкоголя, то он становится необходимым средством искусственной регуляции психического состояния, настроения, поведения. А то, что нужно организму, воспринимается как *хорошее, ценное*. К нему складывается и закрепляется хорошее отношение. Плохие же стороны этой привычки, а затем потребности как бы вытесняются из поля зрения, из сознания. Человек, зависимый от алкоголя, идет по пагубному пути болезни с завязанными глазами, как слепой к пропасти.

Поэтому верный путь к преодолению, главное условие на любом этапе болезни — освобождение своего сознания от чар алкоголя. Это — трезвая, откровенная, объективная оценка своих отношений с алкоголем, с собутыльниками.

Каждый должен как на духу заглянуть себе в душу и сказать: «Как и зачем я пью? Что это мне дает? Что заменяет собой алкоголь в моей жизни? И что я должен сделать в своей жизни, чтобы обойтись без фальшивой помощи алкоголя, дешевых радостей и опасных его услуг!»

Точно и честно поставить вопрос

Каждый пьющий чувствует в душе, что пьянство — глупое, вредное и даже страшное занятие, понимая, что оно унижает человека, оскорбляет его честь и достоинство, лишает права на уважение. Недаром, дойдя до *высокого градуса*, собутыльники так часто выясняют отношения. Крик больной души пьющего человека: «Ты меня уважаешь?»

Разумный человек сам, без помощи алкоголя решает свои проблемы, весело и с пользой отдыхает, интересно общается, живет полной жизнью. Пьянство духовно здорового человека безнравственно, потому что он сам, добровольно делает выбор между вредоносным одурманиванием и мудростью. Безудержное пьянство особенно безнравственно, потому что оно неминуемо приводит к алкогольной болезни, человек сам делает себя больным.

Как и любого другого больного, алкоголика нельзя считать безнравственным. Болезнь ведь лишила его выбора — пить или не пить. Безнравствен лишь уход от осознания алкогольной болезни, от лечения. Важно как можно раньше принять предлагаемую помощь, сделать все, чтобы преодолеть болезнь. И в этом — достижение полного права на самоуважение и на уважение окружающих людей, сознательный выбор трезвого, культурного, здорового образа жизни.



Публикуемый ниже отрывок из рукописи «Необычное интервью Виктора Николаева (ответы бывшего алкоголика)» Николая Сергеевича Сваткова посвящен наболевшему вопросу антиалкогольной пропаганды и восприятия личности алкоголика. После выхода в свет книжек «Не прикасайся к лезвию» (Владивосток, 1985), «Мимо жизни» (Благовещенск, 1980) автор получил много писем и на страницах своей новой повести продолжает начатый диалог. Высказываемая им точка зрения раскрывает еще одну грань в проблеме, решение которой призвано разомкнуть порочный круг.

МНЕНИЕ БЫВШЕГО АЛКОГОЛИКА

Как известно, львиная доля всей нашей антиалкогольной пропаганды осуществляется исключительно врачами и непременно сводится к академическим описаниям печени, почек, желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки, желудка с его слизистой оболочкой и прочих внутренних органов.

Но отдают ли себе врачи ясный отчет в том, что подобные строки абсолютно не пугают ни пьяниц, ни алкоголиков, а существующая форма лобовой назойливой пропаганды этих сугубо научных знаний совершенно не воспринимается больным алкогольным сознанием?

В чем корень зла? Мимо цели

Вот что писал по сему поводу один из участников Киевской научно-практической конференции по вопросам борьбы против пьянства и алкоголизма Вардэн Метревели:

«В перерыве конференции состоялся у меня разговор с одним из ее участников, майором милиции. «Пьяницы не смотрят ни программу «Человек и закон», ни программу «Здоровье», — говорил он убежденно. — Ничто им не интересно. Если и включают телевизор, то лишь для того, чтобы сократить время до открытия винного отдела магазина. Сидит он, мусолит последний рубль. И вот, представьте, на него обрушивается сюжет, снятый талантливо, достоверно. Не надо обольщаться, скорее всего этот Некто выключит телевизор и пойдет опохмеляться».

Как бывший алкоголик заверяю, что так оно и есть! Майор оказался тонким психологом и, словно глядя в воду, высказал чистейшую правду. Но почему такое равнодушие пьяниц к пропаганде? Да потому, что все, о чем говорится в лекциях, как устных, так и письменных, мы знаем давным-давно. Видели мы и отравления, и болезни. Знаем,

что, употребляя денатурат, вряд ли помолодеем. Словом, я не встречал еще алкаша, который бросил бы пить, насмерть перепугавшись заболеть печенью или почками. Не встречал и, уверен, никогда не встречу.

Но, сразу возразят мне врачи, наши публикации своим острием направлены не столько на спившихся пьяниц, сколько на мальчишек, подростков, юношей.

Да что вы говорите? Неужели? А ну давайте полистаем страницы популярных брошюр, рассчитанных на широкого читателя. Посмотрим...

Я наугад раскрываю одну из таких брошюр: «Вначале наблюдаются функциональные, то есть обратимые, изменения, которые проявляются в виде нарушения ритма сердечной деятельности, чаще всего тахикардии. Чаще всего поражается желудочно-кишечный тракт. Кроме того, известную роль играет серьезное голодание».

Ни дать ни взять — популярное изложение! Да это самый настоящий учебник для студентов медицинских институтов и аспирантов! Имея высшее образование, я ровным счетом ничего здесь не понял, а каково мальчишкам? И опять-таки произвольно раскрыл другую, тоже, вероятно, популярнейшую... среди самих медиков брошюру: «Наблюдается катаральное состояние желудочно-кишечного тракта». Снова этот пресловутый желудочно-кишечный тракт! А что такое катаральное состояние? К сожалению, под рукой нет Медицинской энциклопедии, потому расшифровать этот загадочный для меня термин не более простая задача, чем прочесть письма народов майя или ацтеков.

Давайте вместе раскроем третью книжку. И куда же мы попали? Оказывается, алкоголь задерживает развитие растений и совершенно так же влияет на насекомых.

Какая жуть! Действительно, навеки забудешь не только про водку, но даже и про пиво, когда с ужасом узнаешь, что яички мухи, положенные на бумагу, пропитанную спиртом, лишь спустя долгое время, вдвое-втрое больше обычного, превратились в мух. От такого кошмара стынет в жилах кровь и леденеет сердце. (Кстати, судя по результатам этих научных изысканий, спирт — неплохое средство борьбы с бесцеремонным засильем мух. Жаль, что автор ни слова не сказал о тараканах.) Но мухам еще повезло. А вот о куриных яйцах этого никак не скажешь. Судите сами, в помещении для перегонки спирта было положено более сотни яиц для искусственного вывода цыплят. И что же вы думаете, друзья мои? Ко всеобщему горю, вывелась лишь половина цыплят, а вскоре вновь их число сократилось вдвое — остальных еще в зародыше убили

пары алкогольного яда. Бедные, бедные цыплята!

Но хватит иронизировать. Как это часто случается, в цинизме мы выражаем свою душевную боль и неудовлетворенность жизнью, а в злой шутке — растерянность и скорбь. Конечно же, мне не до юмора и насмешек.

Поверь, читатель, у меня отсутствует малейшее желание кого-то обидеть, над кем-то посмеяться. Прекрасно сознаю, что мои вполне справедливые замечания вызовут негодование врачей, и намеренно не называю авторов цитируемых брошюр — это касается почти всех публикаций типа «Алкоголь — враг здоровья». Но мы многие годы ищем ошибки и изъяны в нашей антиалкогольной пропаганде, а они, эти ошибки, просто бьют в глаза.

Почему же мы их не замечаем? Да потому, что названные брошюры находятся вне зоны критики. До сих пор я не встречал ни одного критического отзыва о популярных брошюрах такого рода — ни положительного, ни отрицательного. Опять-таки почему? Брошюры медиков зачастую понятны лишь самим медикам, но далеко не всегда читателям и критикам — вот и весь ответ.

Итак, делаю печальный вывод: брошюры, в которых скрупулезно исследуются всевозможные болезни — цирроз, галлюциноз, гепатит, тахикардия, инфаркт миокарда, мягко говоря, не совсем оправдывают возложенные на них надежды. О внутренностях пьяниц написано уже столько, что подобными публикациями можно, пожалуй, снабдить каждый дом. Но такие брошюры бьют мимо цели. Отдаленно приходящие болезни да и то после многолетних систематиче-

ских пьянок абсолютно никого не страшат. Но кого же взять мне в союзники? Ну разумеется, Николая Амосова, представлять которого нет никакой нужды. Исследователь и хирург, клиницист и теоретик, биокибернетик и писатель, академик АН УССР, Герой Социалистического Труда, лауреат Ленинской премии.

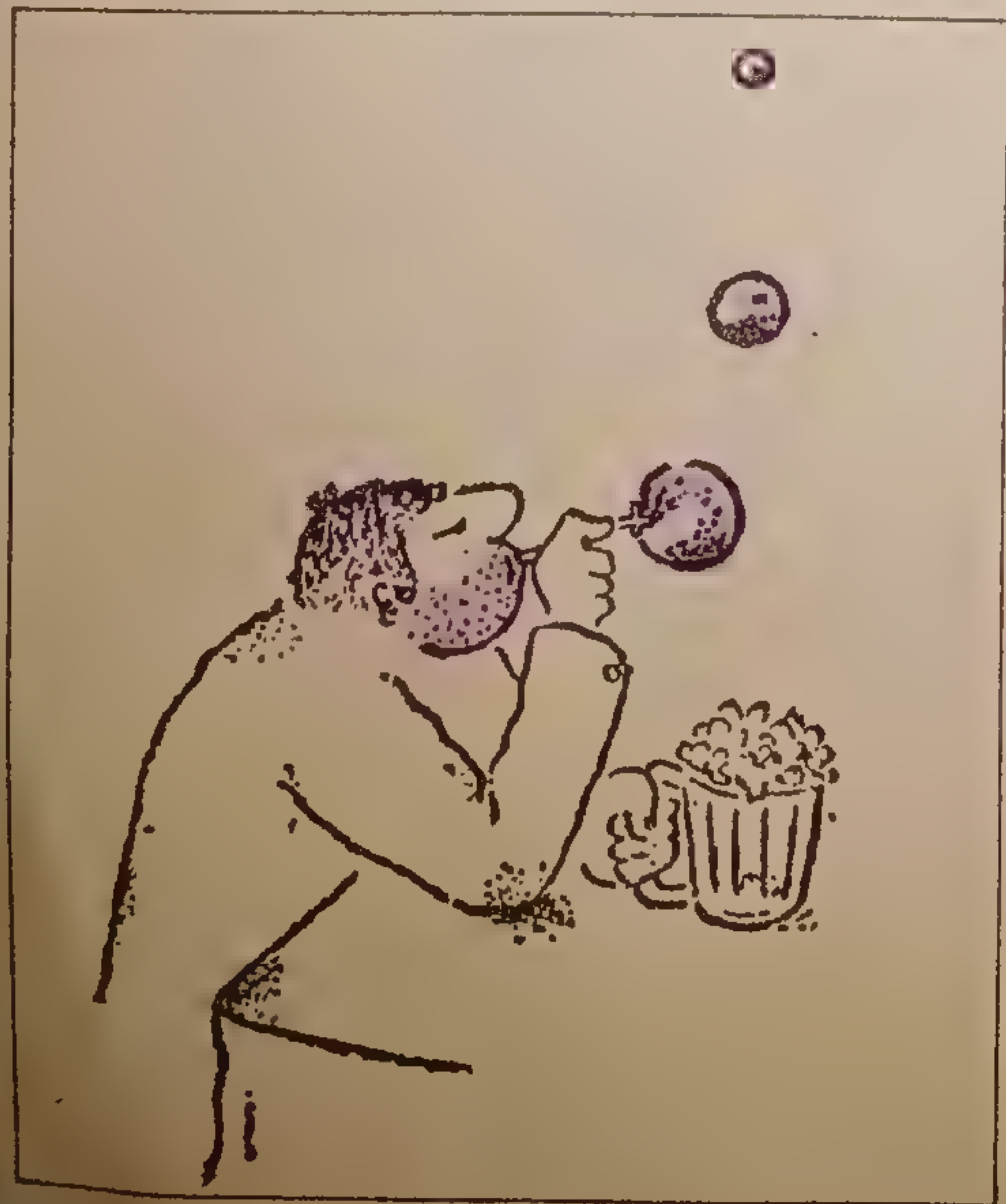
«Человек склонен напрягаться только при наличии реальной угрозы. Что представляет из себя реальная угроза? Это степень вероятности угрожающего события и его отдаленности во времени. Двадцатилетнему юноше, каким бы трусливым он ни был, не кажется существенно важным предупреждение, что каждый десятый курильщик к 60 годам заболевает раком легких. Он думает: всего лишь у одного из десяти! Да еще через 40 лет! Угроза представляется иллюзорной и отодвигается от сознания реальным удовольствием попижонить с сигаретой».

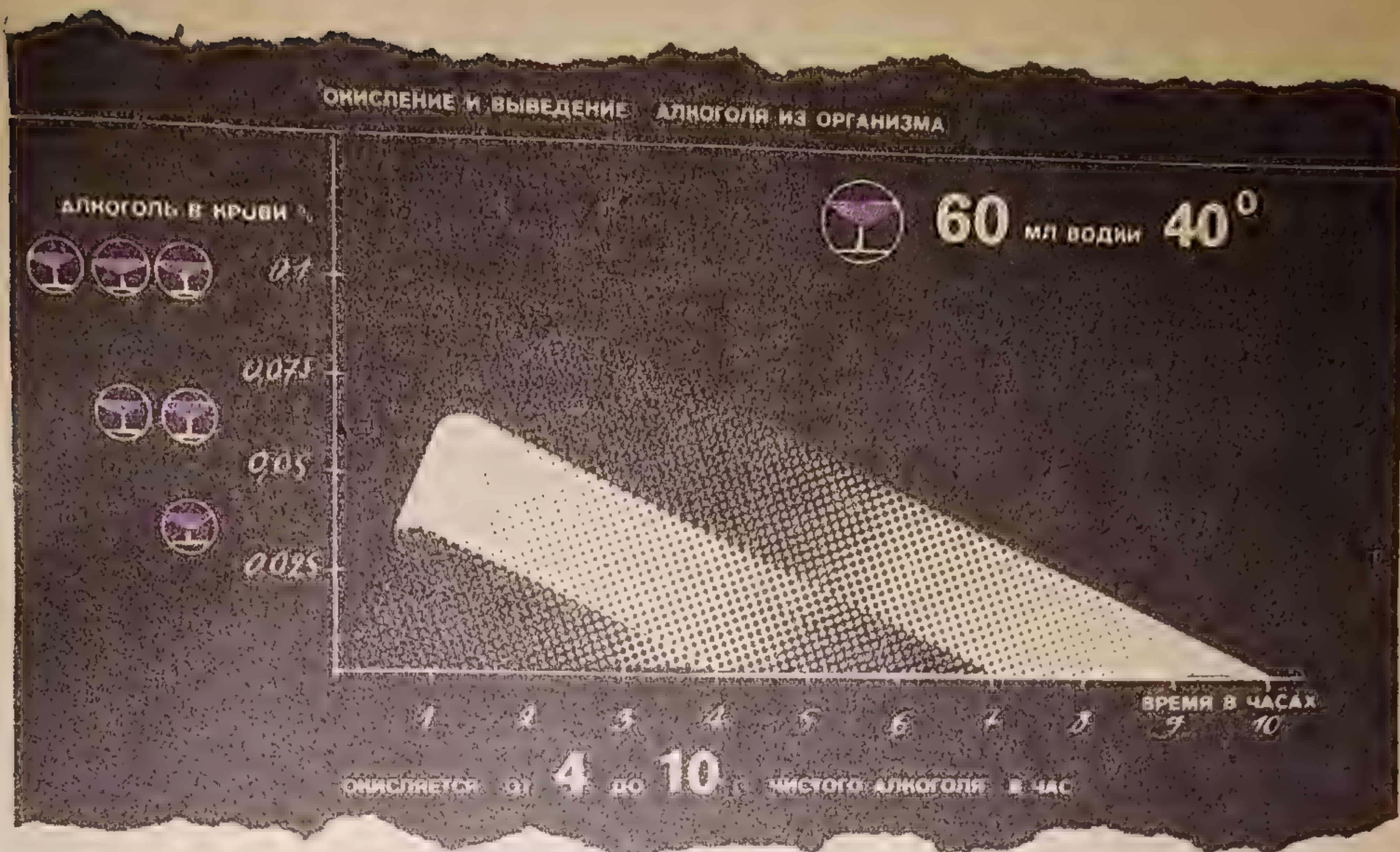
Эту мысль смело и целиком можно отнести к пьянству. Веселье — сию минуту! Расплата — бог знает когда! К тому же парнишка совсем не собирается пить годами, чтобы получить цирроз или галлюциноз. И никто не убедит его в обратном. Следовательно, ему нечего бояться получить «бычье» сердце и черную распухшую печень.

Так в чем же корень зла? В чем трагедия пьянства? Во всяком случае, не в болезнях. Болеют очень многие от самых различных причин, в том числе и от алкоголя, но эти личные невзгоды совершенно не соизмеримы с теми величайшими несчастьями, которые приносит пьянство окружающим и самому пьянице.

«Не напрасно В. Николаев осуждает манеру подхода медиков к материалу, — отозвался на мою рукопись писатель Г. Емельянов. — В конце концов печень, нервы, желудок и прочие органы, которые разрушает имярек, злоупотребляя спиртным, приносит вред лишь самому себе. И это не самое страшное. Он, имярек, подобно злому вирусу, отравляет все вокруг себя — третировать семью, теряет интерес к работе и жизни вообще. На определенном этапе он утрачивает совесть как таковую, понятие о чести, любви, долге и ради водки, ради стакана зелья готов пойти на преступление. Алкоголик становится зверем, подлецом, тяжелой обузой для окружающих».

Разумеется, о болезнях тоже нужно писать — кто спорит! — но, во-первых, именно популярно, доступно, ненавязчиво, а, во-вторых, в определенном соотношении, что очень важно, с другими видами антиалкогольной пропаганды. Ведь пьянство — прежде всего социально-психологическое явление. А болезнь печени — это всего лишь следствие пьянства, но не его существо, тем более не причина. Словом, рассказы о болезнях ни в коем случае не должны заполнять собой все содержание антиалкогольной пропаганды, которая пока что явно прихрамывает.





Привычка или болезнь?

Итак, хмельное баловство — это привычка или болезнь?

Что думает на этот счет бывший алкоголик Николаев? Ответ ясен, прост и, думаю, безошибочен. Пьянство — это устоявшаяся привычка. Алкоголизм — значит, тяжелая болезнь. Но поскольку, по моему глубокому убеждению, процент алкоголиков от общего числа, в той или иной мере употребляющих спиртные напитки, довольно невелик, речь может идти главным образом о силе привычки (Г. Я. Юзефович: «Употребляют алкогольные напитки более 90 % взрослого населения, злоупотребляют значительно меньше, а страдают алкоголизмом 1—4 % населения большинства высокоразвитых стран».)

Привычка — вторая натура. Афоризм далеко не новый, однако повторяя его, мы порой мало задумываемся над смыслом этой фразы, над тем, что привычка действительно обладает большой живучестью.

Вам, вероятно, приходилось встречать людей, которые многие годы не могут избавиться от дурной привычки периодически чесать за ухом, усердно тереть нос или наматывать на палец свои пышные локоны... Но это совершенно безобидные привычки, никому не приносящие ни малейшего вреда. Порочные привычки — пьянство или, скажем, картежная игра — совсем другое дело! И без того огромная притягательная сила всякого порока в полном смысле слова

удесятеряется, превратившись в стойкую привычку.

А теперь обратимся к автобиографической повести Д. Лондона «Джон Ячменное Зерно». Под приведенным ниже я подписываюсь трижды: «Прежде всего, я убежден, что из тысячи и даже ста тысяч человек не найдется ни одного настоящего алкоголика. Я считаю, что употребление алкоголя — привычка. Она возникает в сознании. Это не похоже на пристрастие к табаку, кокаину, морфию и прочим наркотикам. Потребность в алкоголе создается исключительно в мозгу и возникает от общения с людьми. Из миллиона пьющих никто не начал пить в одиночестве. Все начинают в компании. Общение с людьми — это основа, на которой по большей части зиждется привычка пить. Сам алкоголь не имеет большого значения, главное, обстановка, в которой пьют... Компания и алкоголь — сиамские близнецы. Они срослись воедино».

Да, пьянство — это прежде всего привычка. Когда я был пьяницей, хорошо помню, я никогда не ощущал органической потребности в алкоголе. Иначе говоря, мой организм совсем не требовал спиртного. Обычно пьянки начинались при случайной или запланированной встрече с товарищами, с полочки, где опять-таки все были в сборе, и, само собой, в праздники. Да и потом, когда я в беспорядке пил то с горя, то с радости, хмельное как таковое меня совсем не привлекало. Выражаясь словами психотерапевта В. Л. Леви: «По сути дела, на какое-то

время мы создаем искусственный, химический темперамент... То же могут делать, и гораздо естественнее, свежий воздух, движение, пища.

Добавлю от себя: музыка.

Да, в те времена (напоминаю, что сейчас я говорю исключительно о пьянстве, но не об алкоголизме) я не был подвластен Зеленому Змию. Но разве я один такой хороший-пригожий? **Нас тысячи!** Спросите, к примеру, рабочих различных экспедиций (далеко не трезвенников), которые уходят в тайгу на несколько месяцев и находятся там до конца рабочего сезона, спросите их: испытывали ли они нестерпимые муки духовной или физической утраты хмельного? Разумеется, нет!

Ничуть! Я сам бывал в экспедициях и торжественно заверяю, что многие из нас были даже довольны, что надежно укрылись от соблазна, постоянных собутыльников, а следовательно, на некоторое время избавились от осточертевших попок, в которых часто принимали участие лишь в силу привычки, нежелания выглядеть белой вороной и прочих нелепых условностей.

А моряки? Думаете, в далеком плавании их думы устремлены к бутылке? Сомневаюсь! Тот, кто не может жить без спиртного, никогда не рискнет отправиться в дальний рейс. Однако вряд ли кто станет утверждать, что на берегу отважные мореходы заняты исключительно посещением музеев да прослушиванием классической музыки.

Скажете, можно запастись спиртным хоть в экспедиции, хоть на корабле? Конечно, можно. Все можно. И в космос можно захватить ящик спирта. Но, *насколько мне известно, ни в море, ни в тайге, нигде еще не наблюдалось ежедневного повального пьянства. Совершенно иное дело — табак, курево.* Здесь действительно мало кто выдерживает, потому что организм привык к никотину — наркотику, властно требует его.

Какие же выводы из этой всей науки? Да, разумеется, самые оптимистические! Большинство пьяниц — и я прямо утверждаю

это — в состоянии сами бросить пить. И если этого не происходит, то совсем не потому, что не могут и дня прожить без сивухи, а только потому, что не хотят этого делать. Опять сошлюсь на собственный пример. Вплоть до встречи с Вале́й я никогда не ставил цель бросить пить, скорее, наоборот. И порой мы напрасно огульно обвиняем всех пьющих людей в безволии, у некоторых из них воли хватит на троих. Как это ни парадоксально, они пьют, не испытывая потребности в спирте, губят себя и других вполне сознательно и начисто исключают саму благую мысль о вечной трезвости. Почему так случается — это уже тема для психологов, с которой, думаю, вполне бы справился упоминаемый мною автор книги «Я и Мы» Владимир Львович Леви. Но сам вполне обоснованный вывод, что пьянство — это привычка, а не болезнь, вселяет в нас большие надежды. Согласитесь, *дурную привычку побороть гораздо легче, чем излечить тяжкую болезнь.* И если неудачную любовь лечат новой любовью, а трусость — опасностью, то укоренившуюся привычку выживают, вытравляют другой более сильной привычкой. Но об этом я достаточно подробно и, надеюсь, доходчиво рассказал в документальной повести «В лучах надежды».

Кто есть кто: пьяница или алкоголик?

Хотя этот вопрос тесно связан с предыдущим, я решил выделить его в отдельную главу, чтобы без долгих дискуссий ясно и четко ответить, чем же отличается пьяница от алкоголика, ибо, как вскоре поймет читатель, вопрос этот далеко не праздный. Подавляющее большинство людей грубо смешивают эти понятия, хотя различия между ними довольно существенные.

Впрочем, хрен редьки не слаще. Нетерпимо, дико, плохо и то и другое. К тому же нет никакой гарантии, что сегодняшняя пьяница завтра не станет алкоголиком, а четкую грань между пьянством и алкоголизмом провести очень трудно: пьяница — потенциальный алкоголик. Но алкоголизм характеризуется полубессознательной, полуинстинктивной, часто непреодолимой, всепоглощающей, все затмевающей собой тягой, влечением, безумной страстью к спиртному. Особенно в истинно жуткие, граничащие с умопомешательством периоды срыва и запоя, которые свойственны лишь алкоголику, но не пьянице. Вид хмельной отравы ему абсолютно безразличен. Он пьет все подряд: одеколон, политуру, лак, зубной эликсир, туалетную воду, жидкость для мытья стекол... Этот унылый перечень можно продолжать до бесконечности.



Ничего подобного не испытывает пьяница. Его психика в относительном порядке. Он вполне сознает, что такое хорошо и что такое плохо. И никогда не станет предлагать новый бюстгальтер жены (простите, что привожу конкретный пример), как это всегда сможет сделать алкоголик, в обмен на бутылку дрянного яблочного. Как правило, пьяница не пьет всевозможных суррогатов, не знаком с чудовищными галлюцинациями и катастрофическими срывами и запоями. Словом, пьяница всегда в состоянии воздержаться от спиртного и остановиться в любой миг пьянки. Это, заметьте, главное, что отличает его от алкоголика. Более того, пьяница никогда не допускает и слабой мысли, что может легко стать алкоголиком (особенно это касается юношей и женщин), и потому очень часто оказывается в хитро-сплетенной сети Великого Обманщика. Любопытно заметить, что обычно пьяница (который, разумеется, не считает себя пьяницей) с презрением поглядывает на своего опустившегося собрата-алкоголика. Здесь, между прочим, наблюдается то же стойкое, что и в преступном мире, явление, где преступник высшего ранга с нескрываемым отвращением относится к младшему по преступной «табели о рангах» коллеге, хотя последний обычно низко пресмыкается перед своим обожаемым боссом.

Пожалуй, здесь уместно привести слова выдающегося русского психиатра С. Корсакова: «Не всякий пьющий есть пьяница. Но особенность алкоголя именно в том и состоит, что начавший пить может легко стать пьяницей. Случайное пьянство исподволь развивается в картину привычного пьянства со всеми вытекающими последствиями в форме хронического алкоголизма».

Понятно, эту же мысль я мог выразить своими словами, но коль уж все авторы научно-популярных брошюр об алкоголизме склонны к ссылкам на медицинские авторитеты, последую и я их скромному примеру.

А какова же мораль сей краткой главы? Чтобы отчетливо понимать, с какой стороны лучше подойти к читателю Бахуса, как с ним поступать в данной конкретной обстановке, нужно довольно точно знать, с кем мы имеем дело, кто перед нами: пьяница, алкоголик или просто человек, случайно выпивший в воскресный день и не менее случайно очутившийся в медвытрезвителе. Говоря иначе, нужно в самом неотложном и серьезном порядке выработать юридическое, медицинское, общественное толкование для многих читателей загадочных терминов: «пьянство», «алкоголизм», «выпивка» и соответственно: пьяница, алкоголик, выпивоха. Правда, слово «выпивоха» звучит несколько юмористически, но я просто не знаю, как назвать человека, который, собственно, не пьет, не гуляет, но иногда легонько балуется водочкой, разве что кандидатом в пьяницы?



В общем, мы должны точно знать, кто есть кто? что есть что? Хотя бы для того, чтобы не таскать без конца хронического алкоголика по товарищеским судам и заседаниям местного комитета, а, не мешкая и не теряя даром времени, срочно отправить его на длительное лечение, и, напротив, не посылать без толку выпившего рюмку хулигана (такие обычно и затевают скандалы и драки) в психиатрическую больницу и еще дальше — в лечебно-трудовую профилакторий.

Для такого дебошира — зайца во хмелю — необходимы абсолютно другие, вполне определенные законом меры воздействия. И уж, само собой разумеется, вряд ли имеет воспитательный смысл увозить на машине медвытрезвителя слегка выпившего человека, спокойно возвращающегося домой из ресторана, лишь на том основании, что места в вытрезвителе, несмотря на поздний час, оказались вакантными. Нет слов, учреждения эти нужные, полезные и еще не пришла пора их закрывать, однако явные ошибки (пусть и редкие) в их работе должны быть полностью исключены, ибо часто порождают новые личные трагедии.

Уверен, происходит это без тени недоброго умысла работников вытрезвителя, а по той же простой причине, что иногда они и сами толком не знают, что подразумевать под словами «нетрезвое состояние» или «состояние сильного опьянения». Точной расшифровки этих понятий — увы! — нет, а потому в своей, прямо скажем, тяжелой в психологическом отношении работе они порой вынуждены делать выбор, исходя из наличия свободных мест в вытрезвителе.

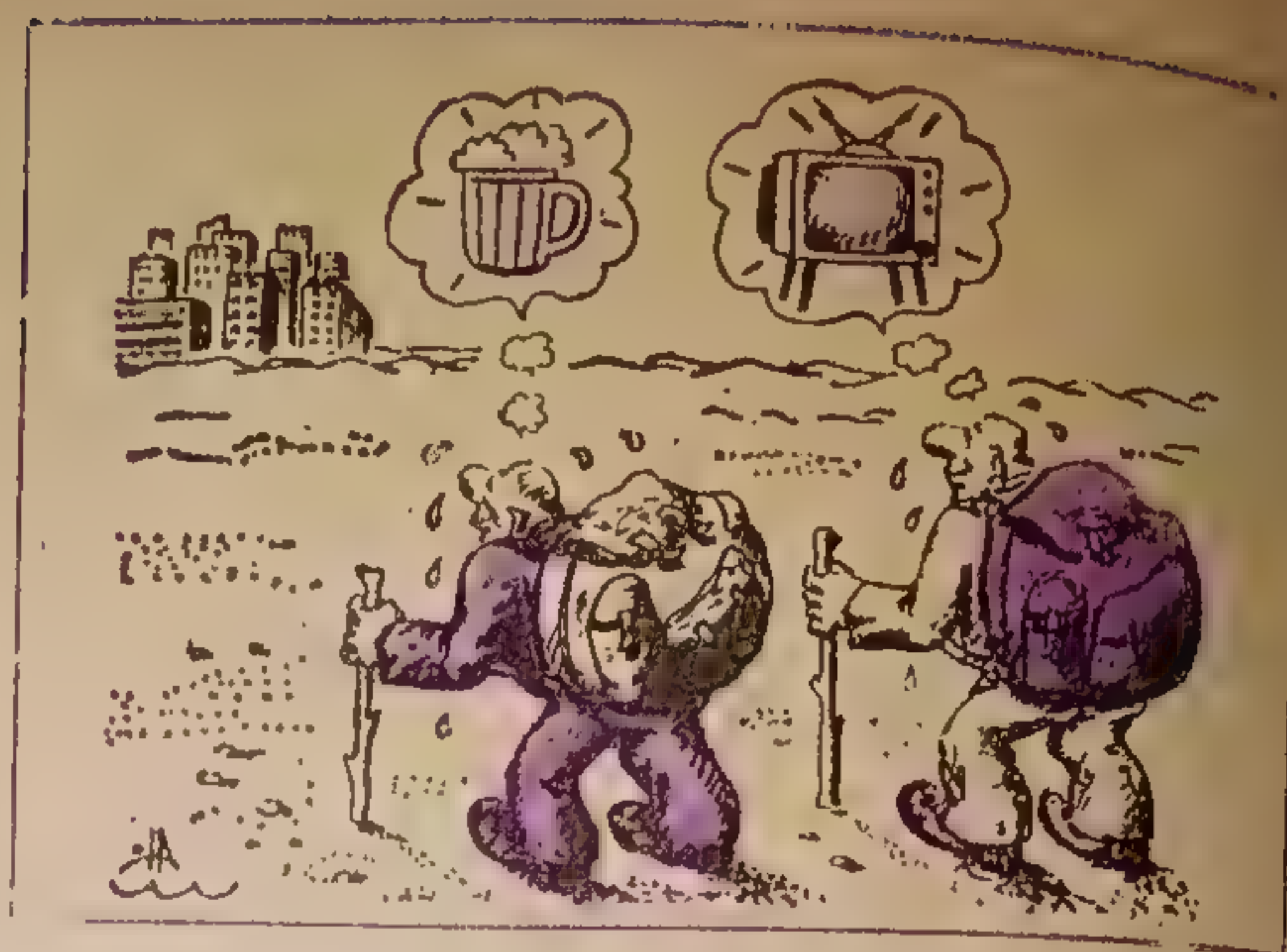
Хотелось бы верить, что читатели вполне разделяют мою озабоченность, а юристы, медики, социологи, психологи встретят мои предложения без иронических улыбок.

Стресс! Стресс! Стресс!.. Характернейшее заболевание двадцатого века! Под такими тревожными заголовками в печати многих стран мира все чаще и настойчивее публикуются различные материалы, подробно и обстоятельно рассказывающие о непонятном заболевании, совершенно не свойственном всем предшествующим поколениям, цивилизациям и эпохам. Имя странной болезни — стресс, что в буквальном переводе означает *напряжение*.

Думаю, нет никакой необходимости добросовестно пересказывать содержание многочисленных статей о стрессе и напоминать, что сам термин в 1936 году ввел в науку Ганс Селье. В кратце напомним лишь, что с момента рождения каждый из нас приобретает соответствующий резерв *адаптационного топлива*, количество которого, разумеется, не безгранично. Так вот, ученых не без серьезного на то основания тревожит процесс заметного падения запасов *адаптационной энергии* современного человека.

Наш организм попросту не успевает *приспосабливаться* к необычайно резким изменениям ритма всей нашей повседневной жизни. Испытывая постоянную нехватку адаптационной энергии, человек почти инстинктивно пытается привлечь извне *вспомогательные источники* жизненного стимулирования.

Надеюсь, вы поняли, куда я клоню? Прекрасно! Ну конечно, самым простейшим, самым примитивнейшим *способом получения мнимых, иллюзорных запасов адаптационной энергии как раз и является пьянство*. Не в силах справиться с нелегкой задачей приведения каким-либо путем реальной действительности в соответствие со своими взглядами на природу вещей, вообще ослабленный душой и телом, мнительный, чрезмерно восприимчивый человек находит самый легкодоступный путь к ложному спасению — *пьянство*. И на короткое время алкоголь, бесспорно, снимает интеллектуальное и нервное напряжение, одновременно *взвывая за эту поистине медвежью услугу двойную плату*. Как писал Джек Лондон, *«телу он дает ложную силу, духу — ложный подъем, а все окружающее заставляет казаться несравненно прекраснее, чем оно есть на самом деле»*. Здесь как нельзя более кстати вспомнить о фантастической *шагреновой коже*: с каждым страстным желанием и его воплощением резко уменьшались размеры лоскута шагрени, а значит, и оставшиеся годы жизни бедняги Рафаэля.



Итак, проблема пьянства прямо или косвенно связана с общечеловеческой задачей сохранения, восстановления и уменьшения *расходования по мелочам адаптационной энергии*. С другой стороны, явная нехватка напряжения — тоже не ахти какое благо для человека, ибо, как утверждает Г. Селье, *полная свобода от стресса означает смерть*.

«Один порок мы уже пожинаем — алкоголизм. Я считаю, что мы уже сейчас убавили необходимый и напряженный труд ниже допустимого уровня, — пишет академик Н. М. Амосов. — Уже сейчас следовало бы пересмотреть целый ряд профессий, занятий, сделать их пожестче».

Избыток неизрасходованной энергии пагубно влияет на весь организм и психику. Невовлеченная в добро и пользу, эта энергия непременно *разряжается в зло и порок, в данном случае — в пьянство*. В старину драки моряков, возвратившихся из долгого парусного плавания и с ходу кидающихся в первый попавшийся торговый кабак, были совершенно обычным явлением, атрибутом жизненного уклада любого приморского города. И дело совсем не в злом характере всех матросов. Нет! Просто людям нужно было как-то *разрядить накопленный потенциал всех видов энергии: мускульной, духовной, чувственной*. И они делали это абсолютно беззлобно: обычная потасовка, битие стекол и поломка мебели, непритязательные красотки, каких и сейчас полным-полно во всяком крупном порту... Со своей стороны они тоже разряжаются сполна...

Вот что придумали руководители одной из японских фирм, изготовив резиновые чучела, точно скопировав их с начальников цехов, работа в которых требовала особого нервного напряжения. Рядом с чучелами — увесистые резиновые дубинки. Накопилось зло на своего непосредственного шефа — милости просим! Хватай скорее дубину и колоти его, злодея! Сколько душе угодно! Психологи пришли к выводу, что подобный способ разрядки дает совсем неплохие результаты.

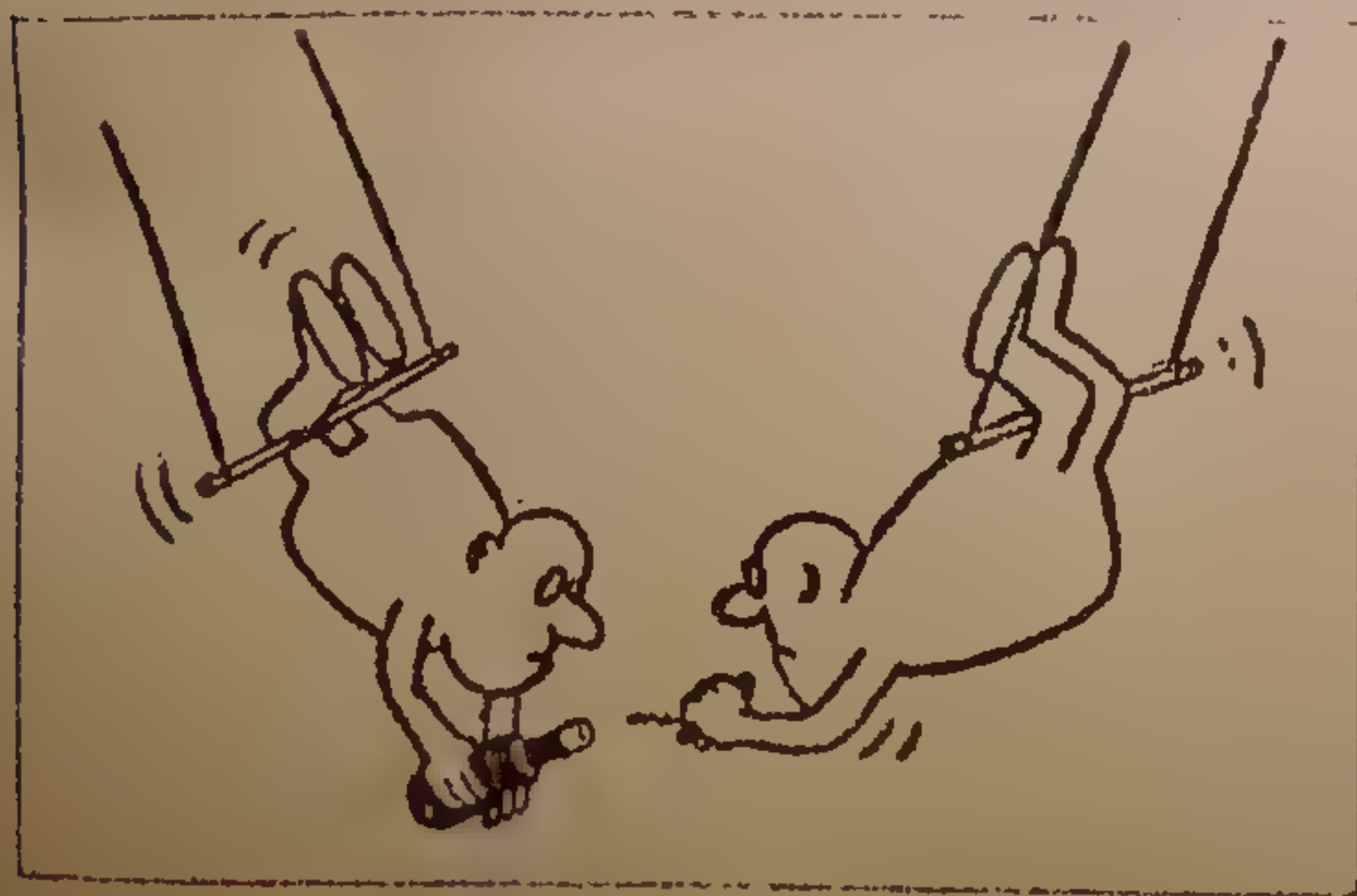
Так что же делать? Так-так... Но давайте сначала вспомним вскользь принцип устройства парового котла. Как вы знаете, каждый агрегат рассчитан на строго определенное давление. Чем мощнее паровое устройство, тем на большее давление рассчитан котел. А если кочегар прозевал или заснул пьяным, что порой бывает, и стрелка манометра уползла за красную черту? Что тогда — взрыв? Да нет? Тогда должен сработать предохранительный клапан — и никакой беды.

Все мы люди очень разные и, подобно паровым котлам, рассчитаны на различное давление или, проще сказать, напряжение. И чтобы при перегрузках избежать катастрофы, нужно только вовремя открыть клапан, не путая его, естественно, с бутылочной пробкой. Всем известно, что лихой скакун падает оземь в двух крайне противоположных случаях: при слишком долгой изнурительной скачке и, наоборот, очень продолжительном бездействии, находясь в стойле. С людьми происходит точно такая же картина с тем лишь добавлением, что человек может умереть в равной степени как от чрезмерного горя, так и от необычайной радости, как случилось это с Софоклом, пришедшим в неописуемый восторг от бурных аплодисментов публики, чествовавшей его гений.

Как видишь, здесь нужен постоянный баланс, проверенное и обоснованное чувство меры. Конечно, чаши весов, балансирующие степень напряжения и расслабления, могут непрерывно колебаться, но они никогда не должны длительное время находиться на резко различном уровне. Если же напряжение не чередуется постоянно с хорошим отдыхом, организм быстро теряет всякую выносливость. Нельзя долго держать поднятую тяжесть — можно сорвать мышцы. А если совсем не касаться груза? Тогда мышцы станут дряблыми.

Итак, непрерывно поддерживаемое равновесие положительных и отрицательных сил — строго соблюдаемый баланс. В противном случае почти неизбежно образуется прямая лазейка для пьянства: либо желание привлечь мнимые силы с помощью бутылки, либо, напротив, уменьшить их избыток, целиком разрядившись все в ту же пресловутую бутылку.

Надеюсь, в своем довольно сложном объяснении я все же достаточно понятно выразил основную мысль: разумная организация труда и умелое постижение искусства отдыха — вот один из верных путей ликвидации пьянства или, во всяком случае, уменьшения его размеров.



ВЗГЛЯД В ПРОШЛОЕ

АЛЕКСАНДР МОРОЗОВ

**«РУСИ ЕСТЬ ВЕСЕЛИЕ ПИТИ,
НЕ МОЖЕМ БЕЗ ТОГО БЫТИ...»**

Изучая прошлое, мы начинаем лучше понимать современное; осознавая былое, словно бы заглядываем в грядущее... Таковы благотворные последствия исторических изысканий, но не всегда, увы, потворствуют они историческому оптимизму. Сколько бы ни провозглашалось иной раз во всеуслышание скорое пришествие того блаженного времени, когда «зеленого змия» у нас вообще уже не будет, оказывается, что русскому человеку и в старину нелегко было отказаться от чрезмерного употребления вина.

«Руси есть веселие пити, не можем без того быти...» Эти слова великого князя киевского Владимира Красное Солнышко прозвучали в 986 году отповедью на предложение ему принять магометанскую веру, возбраняющую употребление алкогольных напитков. Не знал тогда князь, что со временем горделивые эти слова выродятся у нас в звукосочетание *«пи, пю и бу пи»*, что в переводе с алкогольно-делириумического означает: *«пил, пью и буду пить»*.

Христианская церковно-учительская литература Древней Руси отнюдь не запрещала употребление вина, но всячески обличала пьянство. *«Бойся не вина, а упияства»* — говорилось в древнерусском сборнике мудрых изречений под названием *«Пчела»*. *«Изборник»* 1076 года гласил: *«Мед в веселие дан бысть Богом, а не на пиянство сотворен бысть»*. *«Когда вы упьетесь, — говорил в конце XII века белгородский епископ Григорий, — тогда вы блудите и скачете, кричите, поете и пляшете, и в дудки дудите, завидуєте, пьете чуть свет, объедаетесь и упиваетесь, блюете и льстите, злопаметствуете, гневитесь, бранитесь, хулите и сердитесь, лжете, возносите, срамословите и кощунствуете, вопите и ссоритесь, море вам по колено, смеетесь, крадете, бьете, деретесь и празднословите, о смерти не помните, спите много, обвиняете и порицаете, божитесь и укоряете, доносите...»*

Подытоживая этот прискорбный перечень совершаемых обычно пьяными людьми греходеяний, епископ Григорий вспомнил их отговорку, бытующую и по сей день: *«Тогда только праздник хорош, если на несколько дней мы упьемся...»*

Что же предлагали, обличая пьянство, древнерусские попечители народного благочестия? Прежде всего то были их неустанные проповеди трезвого образа жизни, постоянного, как тогда говорили, трезвения. И не только при застольях с возлияниями, но и во всех чреватых излишествами увлечениях. Само же пьянство нещадно высмеивалось во множестве ставших народными пословиц и поговорок, одну из которых — целый рассказ о постепенном воздействии вина на человека — записал впоследствии великий собиратель русской народной мудрости В. И. Даль.

— Первую чашу пить — здраву быть, вторую пить — ум веселить, утроить — ум устроить, четверту пить — неискусну быть, пятую пить — пьяну быть, чара шестая — мысль будет иная, седьмую пить — безумну быть, к осьмой приплети — рук не отвести, за девятую приняться — с места не подняться, а выпить чарок десять — так поневоле взбесят.

Древнерусские поучения против пьянства — это сатирические «Служба кабаку» и «Повесть о бражнике», песня «Непослушливый молодец» и «Повесть о горе-злосчасти»... В XV веке особую известность приобрело на Руси «Слово о високоумном хмеле и о худоумных пьяницах», кое-какие отрывки из которого и сегодня могут стать душеполезным чтением современных приверженцев «пи, пю и-бу пи».

«Тако глаголет хмель к всякому человеку, и к священническому чину, и ко князем, и к бояром, и к слугам, и к купцам,

и к богатым, и ко убогим, и к женам, старым и младым: «Не осваивайте меня».

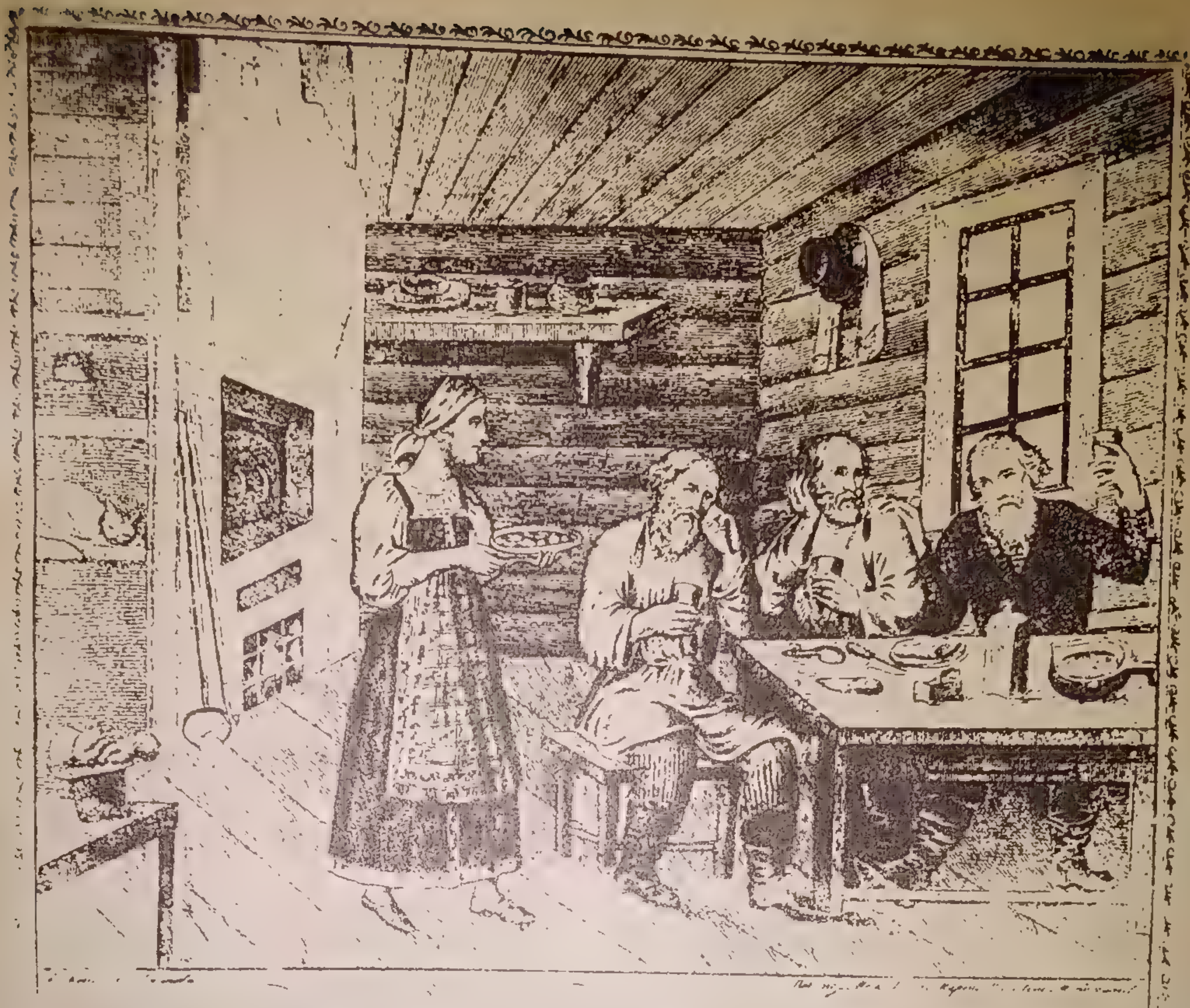
Аз есмь силен более всех плодов земных, от корени есмь сильна, от племени велика и многогородна. Мати моя сотворена Богом. А имею у себя ноги тонки, а утробу необъядчиву, руки мои держат всю землю, а главу имею у себя високоумну, а умом есмь неровен, а языком многоглаголив, а очами бессрамен.

Аще кто сдружится со мною, а имет меня осваивати, первее доспею его блудника и к Богу не молебника, на молитву не встанлива, а в ночь не сонлива, не изоспався стонет. Наложу ему печаль на сердце; вставшу ему с похмелия, глава болит, очи света не видят, а ум его не идет ни на что доброе, а ясти не требует, гортань его пресушит, пити хочет, испиет чашу и другую с похмелия и ины многи, и тако напивается по вся дни. Воздвигну в нем похоть плотскую и все помыслы злые и потом ввергну его в большую погибель...

А иже кто не лишится пьянства и злого запойства, сотворю его аки окаянного, горе idol. Идолы бо не могут творити ни добра, ни зла, а пьяный человек вместо добра зло творит.

Аще бы пил в меру, добро бы ему было. Пьяный человек согрешив не кается, а трезвый согрешив кается и спасен будет. Пьяный человек горее бесного, бесный бо страждет неволею, добудет себе вечную жизнь, а пьяный человек страждет своею волею, добудет себе вечную муку. Пришедшие иереи молитву сотворят над бесным и прогонят





беса, а над пьяным, аще бо вся земли сошлись бы попове и молитву бы сотворили, но не прогнати им пьянства, самовольного беса. Сего ради лишимся пьянства. Пьяный человек горее блудного, блудный бо нов месяц блудит, а пьяный напиваяся по вся дни блудит.

Пьяница приложен есть к свинии. Свиния бо, аще где ни внидет, да рылом потычет. Тако и пьяница, аще в кый двор не впустят, да у тына постоит послушивая, пьют ли в дворе сем. А люди спрашивает, в котором дворе пьют...

Лепо же нам помянути о сем пьянстве. В сем бо пьянстве содевается нам все злое беззаконие. Се пьянство нам ум погубляет, орудия портит, прибыли теряет. Пьянство князьям землю пусту сотворяет, а люди работы доводит, а простым людям долг содеивает, а хитрым мастерам пьянство отымает ум, не может смыслити дела своего, а простым мастерам, ох, сотворяет и убожие. Зло будет им злое се пьянство. Братию сваживает, а мужа отлучает от своей жены, а жен от мужей своих. Се пьянство ногам болезнь творит, а руки дрожат, зрак очей

погибает. Пьянство к церкви не пустит, Богу молиться не хочет, книги чести не дает и во огонь вечный посылает. Пьянство красоту лица изменяет, смех трезвым сотворяет. О ком молва в людях — о пьянице, кому блядня — пьянице, кому сини очи — пьянице, кому ох — пьянице, кому горе — пьянице, кому рано есть и пить — пьянице, кому стенание и трясение — пьянице...

Ох, увы, пьянства сего злого. бежим, братие, обычая злого пьянства, нелепого запойства. А се слышите, братие, апостола Павла, глаголюща к Тимофею: «Чадо Тимофее, к тому не пий воды, но мало вина приеми. Да будет телу здравие, а душе спасение». Аминь.

До поры до времени древнерусские люди пили только мед, пиво и брагу, не зная, что арабские народы еще в древнейшие времена открыли секрет винокурения и приготовления водки. Но в первой половине XVI века она уже настолько известна на Руси, что Иван Грозный, возвратившись из похода на Казань, запрещает ее продажу в Москве. Правда, для себя и для своих опричников он впоследствии даже возводит на Балчуге

особый дом, названный на татарский манер кабаком, но обо всем, что там творилось, как, впрочем, и о том, что представляли собой вообще все царские кружала и питейные дома, нашим читателям, думается, будет интереснее узнать из книги историка И. Г. Прыжова «История кабаков в России в связи с историей русского народа». Ныне готовится переиздание этого вышедшего в 1868 году в Петербурге фундаментального исследования...

Последствия распространения на Руси питейных заведений оказались трагическими. «У великорусского народа, — писал Прыжов, — мало-помалу сложилось новое правило жизни, что не пить — так и на свете не жить. Но, испивая да испивая, не могли не заметить, что подчас и водка не помогает, и, ухмыляясь на свою судьбу, прибавляли: «Пьем как люди, а за что Бог нас милует — не знаем...» Появлению «Истории кабаков в России...» предшествовало обнародование статистических данных о смертности россиян от опоя. Оказалось, что в 1885 году от пьянства в стране умерли 1423 человека, годом позже — 1535, в 1857 году — 1774, а в 1859-м — 1713... Если в 1552 году в России был только один кабак, то теперь их здесь было уже 87 388, а накануне издания книги Прыжова число их перевалило за полмиллиона. Спаивание народа стало делом государственной важности.

...В декабре 1909 года Л. Н. Толстой писал из Ясной Поляны: «Чем больше я вижу зло, происходящее от пьянства (а вижу я это зло в ужасающих размерах), и чем чаще мне приходится говорить об этом зле с страдающими от него, тем больше я убеждаюсь, что спасение от него преимущественно, если не исключительно, в сознании людей губительности — не для тела, а для души — этого греха. Избавится от него человек не тогда, когда он будет лишен возможности пить, а тогда, когда не станет пить, хотя бы перед ним в его комнате стояло бы вино и он слышал его запах и ему стоило бы только протянуть руку. А это будет только тогда, когда человек будет считать благо духовное выше блага телесного...»

ЭТЮДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Рассказывает кандидат медицинских наук Гаянэ Владимировна МАРДАНОВА.

НАПИЛСЯ КАК СВИНЬЯ...

В глубокой древности, когда познакомился человек с алкоголем, на почве бытового пьянства возникли и первые семейные драмы. До поры до времени, свидетельствует Библия, ветхозаветный Ной, спустившись с горы Арарат после потопа, тихо-мирно трудился, растил своих сыновей — Сима, Хама и Иафета, и так и было, покуда не научился он получать вино — чудесный дар лозы и солнца, приносящий радость и веселье. Однажды старик явно перебрал и, сорвав с себя одежды, без сил свалился у порога собственного дома. Увидев отца в таком состоянии, стал насмехаться над ним Хам, за что и был проклят им на веки вечные.

Многомудрые эллины обращались с опасным даром богов куда осторожнее: на их симпозиях по рукам ходили чаши с разбавленным вином. Так возникали ритуалы и эстетика застолий и винопития, постепенно приобретающие все более современные черты. Но вот человечество достигло XX столетия — гигантомания, космос, СПИД, озонные дыры... До эстетики ли? Выпил, может, закусил, уснул — проснулся, похмелился, и опять все по новой. И вот бредет несчастный забулдыга, вызывая недовольство окружающих: «Напился как свинья!»

Стоп, дорогой читатель! За что же так обижать этих безобидных и полезных животных (я имею в виду свиней)? Давайте уж разберемся! В общедоступном понимании слово «свинья» означает:

— вид млекопитающих (кстати, очень почитаемых гурманами);

— эмоционально окрашенный эпитет (по укоренившемуся взгляду отрицательного свойства). Считается, что человек может быть грязным как свинья, жирным как свинья, мерзким как свинья и, что довольно странно, пьяным как свинья.

Но пьют ли свиньи? Кто же им даст? Впрочем...

Недалеко от Москвы, в Светлых Горах (Красногорский район) находится Научно-исследовательская лаборатория экспериментальных биомоделей (НИЛ ЭБМ)

АМН СССР, руководимая кандидатом медицинских наук Т. Зайцевым. Здесь поддерживаются чистые линии (племенные ядра) различных экспериментальных животных, включая свиней, на которых создаются модели тех или иных заболеваний человека. Да, оказывается, что не исчерпываются всем известные достоинства современной простой и милой домашней свинки (*sus domesticus*), являющейся продуктом и многовековой эволюции, и селекционного отбора. Она оказалась великолепным объектом для лабораторных исследований.

Обнаружив это обстоятельство, ученые задались целью вывести мелкую и, следовательно, более удобную для содержания в виварии и экономически выгодную породу. Так, еще в 1949 году в Институте Хормеля (США) началась селекция миниатюрных свиней. Они значительно меньше обычных, их средний вес колеблется в пределах 20—50 килограммов.

Разведением мини-свиней стали заниматься и в других странах, в том числе и в СССР. В НИЛ ЭБМ АМН СССР имеется отделение моделирования на мини-свиньях (заведующий — кандидат биологических наук В. Осипов). На светлогорской популяции миниатюрных свиней в отделении создана отечественная модель по изучению токсических эффектов алкоголя (этанол) на организм. В нашем отделении содержатся свиньи обоего пола, регулярно и без принуждения потребляющие этанол в течение почти 6 лет. От этих животных получено столь же рьяно пьющее потомство.

Эта модель, созданная и поддерживаемая в НИЛ ЭБМ АМН СССР, уникальна. Такой неоценимый в медико-биологических экспериментах объект, как свинья, позволяет нам всесторонне изучать проблемы, связанные с потреблением алкоголя, в том числе его действие на сердце, печень, почки, половые железы и, наконец, на потомство. Наблюдения показали, что длительное потребление этанола родителями (в особенности матерью) нарушает у потомства структуру сердечной мышцы, отрицательно действует на печень, мозг, половые клетки. Изучая на свиньях токсические эффекты этанола, можно проверять действие не только различных лекарственных препаратов, направленных на устранение этих эффектов, но и препаратов, используемых для лечения алкоголизма.

Почему же именно свиньи стали привлекать ученых всего мира в качестве модели различной патологии человека, в том числе и алкоголизма? Чем так замечательна свинья?

Оказалось, что свинья имеет по ряду анатомо-физиологических показателей бо-

льшее сходство с человеком. По сравнению со многими другими животными у них схожее строение и физиология сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, почек, глаза, зубной системы, кожи. Свинья подвержена стрессам, имеет сходный с человеком состав крови и показатели артериального давления. На ней легко моделируются такие заболевания, как атеросклероз и язва желудка.

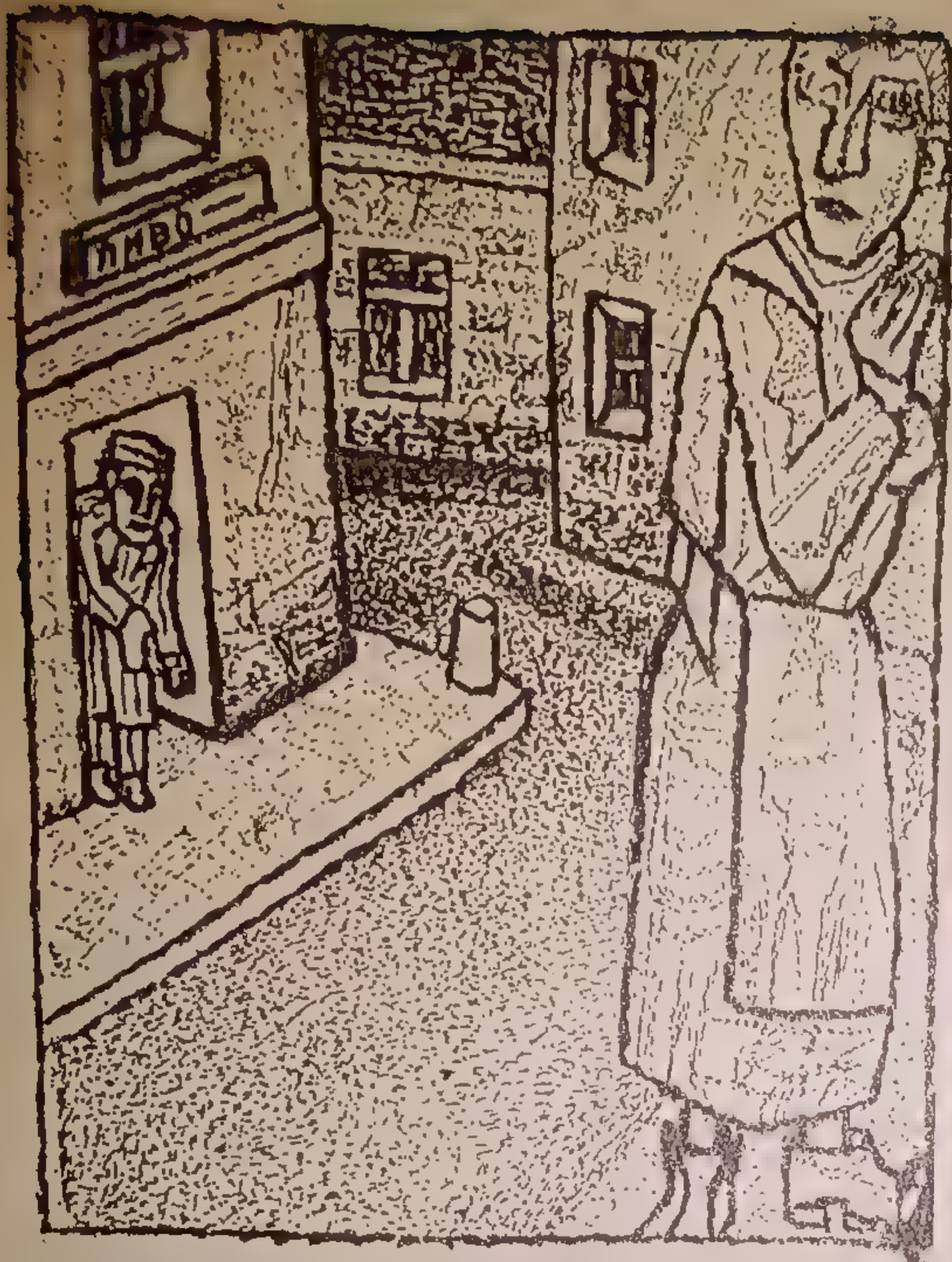
Есть, правда, и различия. Так, мозг свиньи составляет всего 0,05 % от массы тела, тогда как у человека — 2 %. Впрочем, эта маленькая деталь, делающая в совокупности с другими признаками свинью свиньей, а человека — человеком, совершенно не мешает им равно преуспеть в одном — в том, как легко они отдаются алкоголю. Учеными было давно отмечено, что и молодняк, и взрослые особи свиней обоего пола легко и без принуждения могут потреблять большие количества разведенного этанола, упиваясь, если их не остановить, до того состояния, когда становятся похожими на клиентов вытрезвителя. Наблюдая за ними, невольно думаешь: «Ну и ну! Свинья ведь, а пьет прямо по-людски!»

Помню, с каким трудом нам пришлось выволакивать из вольера, чтобы уложить под вентилятор одну чересчур охочую до спиртного самку, бывшую в *полуобморочном состоянии*. Вскоре пьянчуга очухалась и нетвердо проковыляла обратно к своим блаженно храпящим «собутельникам».

Обмануть этих тварей невозможно, ибо они точно знают время раздачи спирта. В определенный час, чуть слышав перестук кормушек, выстраиваются как в очереди у винной точки, нетерпеливо переминаясь с ноги на ногу и похрюкивая. И как только вожаковое корыто попадает в клетку, начинается борьба за свою долю: кто смел, тот и съел, и за чужим пошел. Розданный спирт исчезает за 2—3 минуты, а через полчаса вся «команда» блаженно сопит вповалку на полу.

Примечателен процесс приучения к алкоголю. Почти всем свиньям неприятен 45 %-ный раствор этанола, 30 %-ный раствор некоторым уже более по вкусу, зато 25 %-ный алкоголь с охотой потребляют более половины испытуемых животных. Постоянно наблюдая за ними на протяжении нескольких лет, я обнаружила, что уже начальные этапы приучения к спиртному могут сопровождаться определенными сдвигами в поведении.

Как и у всех видов стадных животных, группа свиней, содержащихся вместе, образует социальную иерархию, и животное-лидер обладает преимуществом при подходе к корму. Если поместить вместе ранее незнакомых свиней, то неизбежна потасовка



с кровавым исходом. Лишь спустя некоторое время агрессивность уступает место исследованию обстановки и настороженному изучению друг друга, устанавливается иерархия.

При выработке алкогольной мотивации стереотип этот часто нарушается: лидер может начисто потерять свои привилегии. Точь-в-точь как у людей, когда уважаемый глава семейства утрачивает вдруг свой авторитет из-за пагубного пристрастия к зелью. И уже не может прожить без него — душа горит.

А что же свиньи? Пьют они по-своему, по-свински — без души. И ведь тоже маются бедолаги, недаром сердце у них похоже на наше, человеческое, вот и напиваются по-человечески. Быть может, и человек пьет по-свински потому, что теряет порой свою людскую чистую душу, страдая сердцем, так похожим на свиное?

«ИСКУССТВО»

это подписная серия брошюр
издательства «Знание»,
выходящая ежемесячно
с 1967 года!

Подписной индекс — 70095

Стоимость подписки на год —
2 р. 40 к.

В эту серию входят брошюры о художниках — Р. Фальке, В. Кандинском, о режиссере Вс. Мейерхольде, о композиторе Д. Шостаковиче, о кумирах забытой эстрады — популярных певцах 30—40-х годов, большинство из которых после революции оказалось за границей: Ю. Морфесси, М. Вавиче, П. Лещенко, К. Сокольском, А. Баяновой, В. Козине. О судьбе музыкантов, вынужденных в годы застоя покинуть страну будет рассказано в брошюре Л. Гинзбурга «Эмигранты 70-х», а в брошюре «Мифы и реальность» В. Шмырова — о кино 30-х годов, о том, как создавались киномифы о нашей жизни.

В брошюре «Молодые художники» — о себе, о своих взглядах на время и искусство, о творческих исканиях расскажут в беседах с молодыми критиками мастера поколения 80-х годов, пользующиеся известностью. Речь пойдет также о нынешнем водовороте оценок и мнений по поводу творчества молодых.

Среди авторов серии в 1990 году — композитор А. Шнитке, драматург Э. Радзинский, киноактриса Клара Лучко, выйдет и брошюра Аллы Пугачевой.

Брошюры серии «Искусство»

в розничную продажу НЕ ПОСТУПАЮТ

Подписка ежеквартальная,
полугодовая
и годовая,

принимается в отделениях
«Союзпечати»
без ограничений.

ВОЗМОЖНОСТИ САМОКОНТРОЛЯ

Рассказывает старший научный сотрудник Центра профилактической медицины, кандидат психологических наук Ольга Сергеевна КОПИНА.

ВОЗНИКНУШЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ...

В основе вредных привычек лежит такое сложное психологическое состояние, как **тяга или пристрастие**. Как правило, *тяга к табаку, пристрастие к алкоголю и навязчивое переедание* почти не поддаются контролю со стороны человека, люди с большим трудом отвыкают от этих привычек. Конечно, каждая из этих привычек формируется под влиянием разнообразных психологических причин, зависит от различных социальных норм, поддерживается с помощью специфических механизмов, имея ряд отличительных особенностей.

Но у них есть очень важная общая черта. С помощью таких форм поведения многие люди пытаются избавляться от нервного напряжения в стрессовых ситуациях. Так создается **порочный круг**. Возникающие эмоциональные состояния (сильное волнение, беспокойство, страх, тоска и т. п.) в свою очередь усиливают тягу к еде, сигаретам или спиртному, естественно, у тех, кто по тем или иным причинам привык с помощью этих средств управлять своими эмоциями, успокаиваться и расслабляться.

Вот почему тем, кто хочет похудеть, приходится преодолевать навязчивое переедание, усиливающееся при стрессе, подавлять стремление утешать себя едой. Тем же, кто решил бросить курить, приходится привыкать обходиться без сигареты в ситуациях, вызывающих напряжение. А те, кто лечится от алкоголизма, учатся не прибегать к спиртному с целью сбросить накопившиеся за день напряжение, усталость.

Чтобы добиться этого, разорвать порочный круг, люди стремятся овладеть различными способами самостоятельного преодоления стресса (навыками релаксации, делового и неформального общения), анализа системы представлений, лежащих в основе восприятия тех или иных событий. Здесь мы остановимся на анализе наших суждений и обыденных представлений, помогающем находить причины многих эмоциональных переживаний. Такой анализ служит очень полезным средством самоконтроля, позволяющего человеку совладать с неблагоприятными эмоциональными состояниями.

Нервного георган

Часто причиной волнения бывают наши мысли или интерпретации событий, которые, здраво рассуждая, не должны были бы нас трогать. Порой мы понимаем, что возникающая ситуация не такая уж серьезная и ее можно рассматривать по-разному, что не стоит из-за нее расстраиваться. И все-таки она лишает нас покоя. Мы без конца вспоминаем о ней, мысли изводят нас, тревожат, раздражают, печалят. Друзья пытаются переубедить, и хотя мы понимаем, что их доводы верны, все равно не можем выбросить псевдопроблему из головы.

В подобных случаях причина беспокойства в качестве мышления. Люди, умеющие ясно мыслить, четко представить существо проблемы, все же находят выход.

Известный американский психолог Альберт Эллис, многие годы изучавший этот аспект *тревожности*, разработал систему психологического консультирования и психотерапии, основанную на представлении о правильном образе мыслей. Он назвал ее рационально-эмоциональной терапией.

Для того чтобы разобраться, уясним некоторые понятия. Допустим, что какое-то событие вызвало эмоциональную реакцию у человека. При более внимательном рассмотрении становится ясно, что в действительности причиной эмоциональной реакции послужило не событие как таковое, а имеющаяся у человека система оценок, взглядов, представлений. И она скажется на том, какими средствами он будет находить выход из данной ситуации. Давайте рассмотрим два примера из повседневной жизни.

Представим себе человека, который не справился с каким-то заданием на работе. Событие уже произошло, и человек, примеряя к нему свои взгляды и представления, начинает рассуждать: «Сегодня я не справился с заданием. Ведь это ужасно. И всегда все, что делаю, у меня получается очень плохо. Никогда у меня ничего не получится, неудачник — так считают многие. Наверно, никто меня не уважает. У меня никогда не будет друзей». Такая цепь рассуждений приводит к сложной эмоциональной реакции — тревоге, подавленности и снижению самооценки. Приведенный случай — это пример драматизации события, превращения мухи в слона.

Эмоциональная реакция оказалась слишком сильной, и причиной этого послужила собственная же система интерпретации и вытекающие из нее мысли, которые приводят к трагикомическому результату. Разумно ли это? Если же здраво оценить ситуацию, то можно избежать столь неприятных переживаний. А вот другой пример.

Молодой человек вполне приятной наружности приглашает девушку на свидание, а она ему отказывает. Примерив к данному событию свою систему оценок, он начинает рассуждать примерно так: «Я настолько не нравлюсь ей, что она не хочет даже один раз встретиться со мной. Наверно, я выгляжу недостаточно мужественным. И все девушки считают так же. Какой ужас! Я ничтожный человек. Никогда я не смогу найти девушку, которая согласилась бы выйти за меня замуж». В результате его охватывают тревога, подавленность и навязчивые раздумья о том, какой он человек. Такая реакция часто встречается у молодых людей да и у немолодых тоже.

Если бы этим все кончилось, было бы полбеда. Однако дальше — больше. Любое незначительное событие в жизни, из-за которого человек впадает в уныние, дополнительно влияет на систему его оценок и вызывает новые эмоциональные реакции. Так он рвет себе все более и более глубокую яму, из которой не выберется до тех пор, пока не случится что-то еще поважнее. В результате, сосредоточившись только на своих собственных переживаниях, человек оказывается неспособным решать жизненные задачи, он истощается и бездействует.

Какой же здесь выход? Чтобы не стать жертвой собственных заблуждений, выход в том, чтобы, разумно взглянув на затруднительную ситуацию, научиться здраво рассуждать о ней. Как?

Вернемся к примеру первому — к человеку, у которого произошли неприятности на работе. Он мог бы сказать себе: «Сегодня я не справился с заданием. Где-то мы выигрываем, где-то проигрываем. У каждого бывают удачные дни, а бывают и неудачные. Крайне важно в жизни извлекать опыт из своих неудач. Как говорится, на ошибках учатся. У всех бывают неудачи, и любой человек может иногда с чем-то не справиться. Никто не застрахован от этого. По-настоящему удачливые люди — это те, кто из своих ошибок и промахов извлекает урок, чтобы в другой раз не ударить в грязь лицом. Надо подумать, чему я могу научиться на сегодняшней истории. Что я должен делать завтра, чтобы выполнить все в лучшем виде». Поразмыслив таким образом, возможно, он скажет: «Мне стало лучше. Я думаю, что в дальнейшем я смогу справиться со своей работой».

Что касается молодого человека из примера второго, то он мог бы рассуждать так: «Сегодня она не захотела прийти на свидание. У нее могло быть множество причин. Может быть, согласится в другой раз. Ну а если не нравлюсь ей совсем, и любого парня с жизни случается такое. Это

пустяк. На свете много других девушек, с которыми можно встречаться. Когда-нибудь мне встретится хорошая девушка, и у нас все будет замечательно».

В данном случае мы имеем дело с мыслительными процессами, направленными на то, чтобы разрушить порочную систему представлений, предрассудков, которые заставляют нас постоянно испытывать тревогу. Повышенная тревожность в большинстве случаев вырастает на почве необъективных представлений.

Многие для изменения собственной системы оценок черпают информацию из автобиографий знаменитостей. Когда такой человек узнает, что даже у них временами тоже возникали похожие мысли и чувства, ему становится легче избавиться от своих иррациональных представлений. Помогает также знание о том, что в жизни этих людей встречались те же проблемы и происходили такие же события.

Например, о Луи Пастере известно, что он провалился на вступительных экзаменах и с первого раза не поступил в Парижский университет. И даже после того как он поступил в университет, профессора считали его весьма средним, хотя и очень усидчивым студентом. Альберт Эйнштейн как-то тоже не смог сдать экзамен по элементарной математике. Томаса Эдисона исключили из школы за неуспеваемость. Можно привести бесконечный список писателей, которые не раз получали отказ, прежде чем им удалось выпустить в свет свои произведения, художников, которые получили признание только после смерти, и т. п.

Нельзя забывать, что с теми или иными препятствиями сталкиваются все люди. Здраво рассуждая, чтобы последствия подобных событий не оказались катастрофическими, важно разумно к ним отнестись. Тогда они могут становиться стимулом к развитию, личностному росту, самосовершенствованию, а не нагнетать изнуряющую и разъедающую душу тревогу.

Как угодить самому себе

Психолог Альберт Эллис выявил 12 представлений, бытующих в западной культуре, весьма распространенных и все же крайне нелепых, сбивающих с толку. Почему? Судите сами.

«Все должны меня любить и одобрять все, что я делаю»

Ожидать этого — значит, подвергаться необъяснимому беспокойству, огорчениям, особенно если мы замечаем, что кто-то нас не любит или не одобряет наших дел. Очевидно,

придерживаться такой точки зрения глупо, потому что никто не может удовлетворять вкусам одновременно всех людей. То, что нравится одним, заслуживая их одобрения, раздражает других.

Более того, стараясь заслужить любовь всех окружающих, можно утратить самостоятельность, уверенность в себе, целостность и глубину. Для того чтобы нравиться всем, надо постоянно улавливать чувства других людей, чтобы улучшить их отношение к себе. Все же лучше активно искать людей, с которыми вас объединяли бы общие занятия и взгляды, чтобы общаться было интересно. *Лучше тратить свои силы на общение с настоящими друзьями, чем на попытки угодить всем и каждому.*

В любой школе есть дети, стремящиеся к широкой популярности. Это порождает определенную проблему, которая принципиально неразрешима, так как сюда вплетаются увлечения и интересы других детей, их происхождение, материальные условия и т. п. Однако, вращаясь в коллективе каждый день, они пытаются заслужить признание. Такая проблема исчезает после окончания школы, так как они находят людей со сходными взглядами и интересами.

Лучше оставаться верным самому себе, стремясь к любви, творчеству, продуктивной деятельности, раскрытию своих способностей. Если человек таков, кто-то может любить или не любить его, но вряд ли это станет сильно его заботить. И тогда у него появится больше настоящих друзей, его не будет точить изнуряющая и бесплодная тревога.

«Человек должен быть прекрасно подготовленным, компетентным и добиваться успеха в любой области, быть безупречным во всех отношениях»

Очевидно, быть совершенным во всем невозможно. Тот, кто ставит перед собой такую цель, обречен на бесконечные терзания и тревожные мысли по поводу прошлых и возможных неудач. Даже когда окружающие признают такого человека самым талантливым в какой-то области, он постоянно беспокоится из-за того, что завтра, быть может, утратит это положение. Люди с такими иррациональными представлениями могут многого добиться в жизни, но обычно то, как они достигают успеха, отчуждает от них окружающих.

Многие, находясь в плену завышенных требований к себе, так и не добиваются того, чего хотели. Ведь нельзя же добиться (мало кому удавалось) чего-то сверхчеловеческого. Конечно, нужно стремиться к вершинам, к плодотворной деятельности во имя про-

гресса, познания, развития. Но важно и сознавать, что любого человека будут постигать неудачи, он не уберется от промахов и будет зависеть от самых разных ограничений.

Важно хорошо делать то, за что беремся, усваивать уроки, которые нам дает сама жизнь. Это действительно спросится с нас.

«Определенные поступки ошибочны, и тот, кто их совершает, должен строго наказываться»

Многое из того, что делают другие, сами бы мы не стали делать, и, наоборот, что-то из того, что бы нам хотелось, они не делают. Однако нельзя из-за этого считать их плохими людьми. Простое порицание ничего хорошего не даст. Преследование их тоже приносит мало пользы, а часто только вред. *Анализируя причины поведения других, стоит взглянуть на дело с их точки зрения, чтобы понять смысл поведения, нужно посмотреть на ситуацию с позиции этих людей, и тогда во многих случаях оно станет объяснимым.*

Если человек сделал что-то плохое (по крайней мере, с вашей точки зрения), это может случиться и по его глупости, неведению, под влиянием эмоций. Поэтому мы должны терпимо отнестись к этому, *постараться просветить, помочь изменить поведение в нужном направлении.* От этого выиграют все.

Так же нужно относиться и к себе. Если кому-то не нравится то, что вы делаете, может быть, и не стоит из-за этого волноваться. Просто надо признать, что с позиции окружающих ваше поведение может казаться неправильным, неуместным. Стоит ли винить вас за это? И надо ли из-за этого впадать в уныние?

Разумнее обсудить точки зрения, сопоставить их и посмотреть, можно ли научиться чему-то полезному. В конфликте какая-то из сторон или, может быть, обе они изменят свою позицию, а может быть, обнаружится, что найти согласие невозможно, но все равно такой подход выигрышнее, чем взаимная вражда и взаимные обвинения, в результате которых проигрывают обе стороны.

«Ужасно, когда что-то получается не так, как хочется»

Очевидна неразумность такого инфантильного представления. Но очень часто мы поступаем именно так, исходя из иллюзии, что мир и все происходящее должны быть такими, чтобы нам нравилось. Порой нас глубоко задевают любые проявления того, что не подтверждает такого ожидания.

Однако не может быть так, чтобы все складывалось к удовольствию каждого. Неумолимый закон жизни состоит в том, что мир не создан для нашего удовольствия, для того, чтобы все вращалось вокруг нас. Поэтому надо смириться с тем, что он, а также та его часть, в которой мы живем, никогда не будут точно соответствовать нашим желаниям. И не нужно ожидать этого. Когда мы сталкиваемся с тем, что нам не очень нравится, стоит ли воспринимать это как личное оскорбление или как попытку подвергнуть нас унижению?

Единственное, что необходимо сделать, это сказать себе: «Да, это плохо» или «Мне это не нравится», чтобы затем попытаться конструктивно изменить или улучшить создавшееся положение. Мы часто втолковываем детям, что невозможно иметь все, что хочется. Но иногда, даже будучи взрослыми людьми, впадаем в ту же ошибку, но в более утонченной и завуалированной форме. А это только приводит к лишним расстройствам и волнениям.

«Человек расстраивается в результате внешних событий и обстоятельств, на которые он не в силах повлиять»

В действительности в 99 % случаев люди расстраиваются не из-за каких-то неприятных жизненных событий, а из-за того, что они так интерпретируют их для себя. Хотя повлиять на внешние события мы можем лишь в незначительной мере, овладеть анализом того, как следует реагировать на эти события, можно.

Например, потеряв кошелек, вы можете из-за этого сильно расстроиться, разволноваться и впасть в уныние, хотя сама по себе утрата не столь невосполнима, а событие не угрожало жизни. Слишком сильно переживая по поводу случившегося, вы только преувеличиваете его последствия и усугубляете положение. Фактически мы сами себе вредим, так воспринимая случившееся. При разумном подходе подобное происшествие не должно вызывать стресса. Правильность такого отношения подтверждается тем, как мы реагируем, когда подобная история случается с кем-то другим, если он не в силах что-либо изменить: «Было бы это моей самой большой бедой». Эту истину не стоит забывать, когда случаются неприятности.

«Возможная неприятность обязывает к беспокойству, и пока опасность не пройдет, надо все время ожидать ее»

Думать так было бы неразумно, подобные мысли не способны предотвратить

неприятность, они могут даже способствовать тому, чтобы она произошла. Беспокойство может настолько изматывать, что когда неприятность случается, почти не остается сил для того, чтобы поправить дело. С другой стороны, значительное большинство неприятностей, по поводу которых мы успели напереживать, так и не случается, а если случается, то оказывается не таким страшным, каким рисовалось в воображении (у страха глаза велики).

Лучшее, что можно сделать в таком случае, — это встретить складывающуюся ситуацию во всеоружии. Важно попытаться обезопасить ситуацию, найти правильный выход. Излишнее волнение не принесет никакой пользы. Даже если произойдет худшее, следует реалистично признать, что это событие неприятно, не желательно, и попытаться отвлечься от него. Нужно перестать думать, что каждая неприятность — это ужасная вещь и предвестник конца всему. Это не так.

«Избегать жизненных трудностей и ответственности проще, чем брать их на себя и справляться с ними»

Когда человек пытается уклониться от трудностей и от ответственности, он только создает себе многочисленные и более трудные проблемы в будущем. Лучше всего не прятаться, а взяться за их решение и при этом максимально проявить свои способности. Откладывание проблем будет только усиливать тревожность, депрессию и угрызения совести. И наоборот, решение проблемы укрепляет уверенность в своих силах, уважение к себе и вызывает радостное чувство. Счастливая жизнь — это не отсутствие проблем, а их успешное решение.

«Нужен кто-то сильнее, на кого можно положиться»

Никто не бывает абсолютно независимым, и не страшно, если мы зависим от других настолько, насколько они зависят от нас. Это свойственно всем людям, поскольку они нуждаются друг в друге. Но вся наша жизнь не может зависеть от одного человека. Иногда нам может казаться, что жизнь невысказана без кого-то, но это не так. Жизнь все равно идет своим чередом независимо от того, есть с вами рядом этот человек или нет.

Надо развивать в себе самостоятельность, индивидуальность, цельность и возможности самовыражения. Тогда неудачи или потеря кого-то из близких не станут губительными. Чрезмерная зависимость от другого человека может обкрадывать обоих,

лишать их чего-то очень важного в жизни, вести к утрате уверенности в себе, возможности саморазвития.

Отчасти такая зависимость проявляется в чувстве обязанности за то, что сделано для нас. И наоборот, за то, что сделано нами, вложено. *Но все это неверно.* Если мы хотим кому-то помочь, то должны делать это без всякой задней мысли, ничего не ожидая взамен, кроме (и это главное!) удовлетворения, что мы сделали то, что хотелось. И тогда сами не должны считать себя обязанными другим при подобных обстоятельствах.

Нелепо страдать от того, что за нашу доброту с нами не расплатились или расплатились неполностью. (Это, конечно, не относится к договорам, когда обе стороны заранее четко условились о требованиях друг к другу.) Нужно стараться как можно больше отдать, чтобы, отдавая, получать. И отдавать просто потому, что хочется это сделать, ничего не ожидая взамен. Поступая таким образом по большому счету, мы получаем обратно то, что отдаем.

«То, что влияло на нас в прошлом, определяет наше поведение в настоящее время, и влияние прошлого невозможно преодолеть»

Это совершенно не верно. Все же возможно изменить то, что было сформировано в детстве. Дело в том, что цель жизни каждого человека в отдельности — это его личностный рост и развитие. И мы никогда не перестаем изменяться.

Мы не такие, какими были 10 лет назад. Да и условия, в которых мы живем, тоже изменились. Важно учиться на прошлом опыте, а не быть чрезмерно привязанным к нему. То, что было необходимым и уместным в прошлом, может не годиться и не срабатывать теперь. Разумный человек развивается и совершенствует себя на протяжении всей жизни.

«Для нас жизненно важно то, что делают другие. Надо приложить все усилия, чтобы они изменились в нужном направлении»

В действительности жизнь и поведение других людей — это их личное дело и в целом не должно нас касаться. Мы не можем реально влиять на них и изменять скольконибудь существенно. Попытки повлиять на них обычно вызывают противодействие и только ухудшают ситуацию. *В целом мы должны стремиться к предельной терпимости: жить и давать жить другим.* На самом деле нас расстраивают наши собственные интерпретации и предположения, касающиеся поведения других людей. Обычно человек,

чье поведение вы оцениваете, не имеет в виду ничего из того, что вы придумываете.

Если кто-то просит помощи, ее надо оказать. *Но мы не вправе навязывать свою помощь тому, кто в ней не нуждается.* Если чье-то поведение отражается на нас, нужно обсудить это положение и найти приемлемое решение. Однако во многих случаях нужно учиться просто принимать ситуацию такой, как она есть. *Важно понять, что у людей бывают недостатки, с которыми приходится мириться.*

«Каждая проблема имеет единственно правильное решение. Как ужасно, если его не удастся найти»

Думать так неразумно, так как большинство проблем имеет много решений, и редко существует какое-то одно правильное решение. Каждое из возможных решений имеет свои преимущества и недостатки. Нам остается только выбрать одну из альтернатив и испытать ее. Если выбранный способ не помогает, нужно испытать новый.

Всякий раз мы должны пытаться подыскать наилучшее решение в сложившихся обстоятельствах, и если мы проведем это последовательно, наши дела пойдут наилучшим образом, а несчастья скорее всего не будут преследовать нас. *Стремление же найти единственно возможное и исключительно правильное решение лишь терзает душу и часто приводит к выбору менее выигрышного (стратегически) варианта.* Редко такие решения оказываются действительно наилучшими.

«Контролировать свои эмоции невозможно — мы их жертвы. Ничего нельзя поделать со своими чувствами»

В действительности существует немало способов управления своими эмоциональными состояниями. Если над этим специально работать, вполне можно добиться овладения своими чувствами, высвободиться из-под влияния неконтролируемых эмоций.

В заключение подчеркнем, что подобный анализ собственных и распространенных суждений, применение принципов рационального мышления помогают бороться с ненужной и бессмысленной тревожностью. Известно, что некоторым удается преодолевать подобные иррациональные представления и приходить к здравым суждениям в общении, совместно, в диалогах с друзьями и знакомыми. И в этом смысле общение играет профилактическую роль.

КОНЦЕПЦИИ ВРЕМЕНИ И ЗДОРОВЬЯ

Рассказывает кандидат медицинских наук, врач Павел Павлович СОКОЛОВ

ГАРМОНИЯ РАВНОВЕСИЯ

Почти в каждой аптеке, покупая теперь вьетнамский бальзам «Золотая звезда», можно ознакомиться со схемой расположения точек на теле человека, которые предлагается *массировать и смазывать*. Подобные описания точек, массаж которых эффективен при тех или иных заболеваниях, широко пропагандируются ныне даже в газетах и журналах, средствами массовой информации. Между тем такие рекомендации, как правило, носят самый общий характер, а смысл процедуры остается неясным многим из тех, кто их использует. Дастся, например, набор точек для лечения головной боли без учета не только причин, ее вызвавших (а они могут быть весьма различны), но и особенностей организма чисто индивидуальных, таких, как изменение чувствительности к внешнему воздействию в зависимости от биоритмов человека — суточных, сезонных.

В предыдущих публикациях в рубрике «Концепции времени и здоровья» (факультет «Твое здоровье», № 1, 2, 3) рассказывалось о трактовке биоритмов в рамках традиционной китайской медицины.

Точечный микромассаж, как и иглотерапия, использовался в древней медицине для поддержания здоровья как идеального баланса двух жизненных начал: инь—ян. Врачеватель стремился создать наилучшее соотношение их в организме пациента, и делалось это с учетом влияния многих факторов, включая и биоритмы. Сложность понимания реального биоритма как результата наложения друг на друга различных циклов (суточного, месячного, годового) все еще остается значительной. Поэтому на основании лишь теоретических представлений определить баланс различных периодических процессов в организме невозможно, поэтому практические потребности иглотерапии (как и точечного массажа) привели к созданию различных методов оперативного контроля состояния организма, достаточных для выбора оптимального лечебного воздействия на точки.

К таким методам относятся и знаменитая пульсовая диагностика, и группа новейших методов, основанных на измерении электри-

ческих характеристик точек, определении их болевой чувствительности, комплекс методов древних и современных, позволяющих оценить энергетический (в рамках классического представления о соотношении инь—ян) баланс в организме. Элементы контроля (пульсовой диагностики) будут даны ниже, но прежде расскажем о том, как конкретно с помощью микромассажа акупунктурных точек бороться с выявленным таким контролем дисбалансом в системе инь—ян.

Прибавляя и убавляя — поддерживать

Рекомендуется запомнить следующие правила и неукоснительно их соблюдать.

1. При явной недостаточности обоих начал одновременно — никакого массажа, только лекарственная терапия. Следует обратиться к врачу.

2. Характер воздействия (его направленность) не должен противоречить естественной тенденции движения энергии в соответствии с биоритмами. При работе нужно учитывать суточные, месячные и годовые сезонные ритмы. Весной *ян* нарастает, следовательно, его нежелательно тормозить, особенно по утрам, когда совпадают тенденции годового и суточного ритмов. Весной *ян* лучше стимулировать. Если же возникает необходимость избавиться от его избытка, делать это надо поздно вечером, в момент угасания *ян* в суточном цикле.

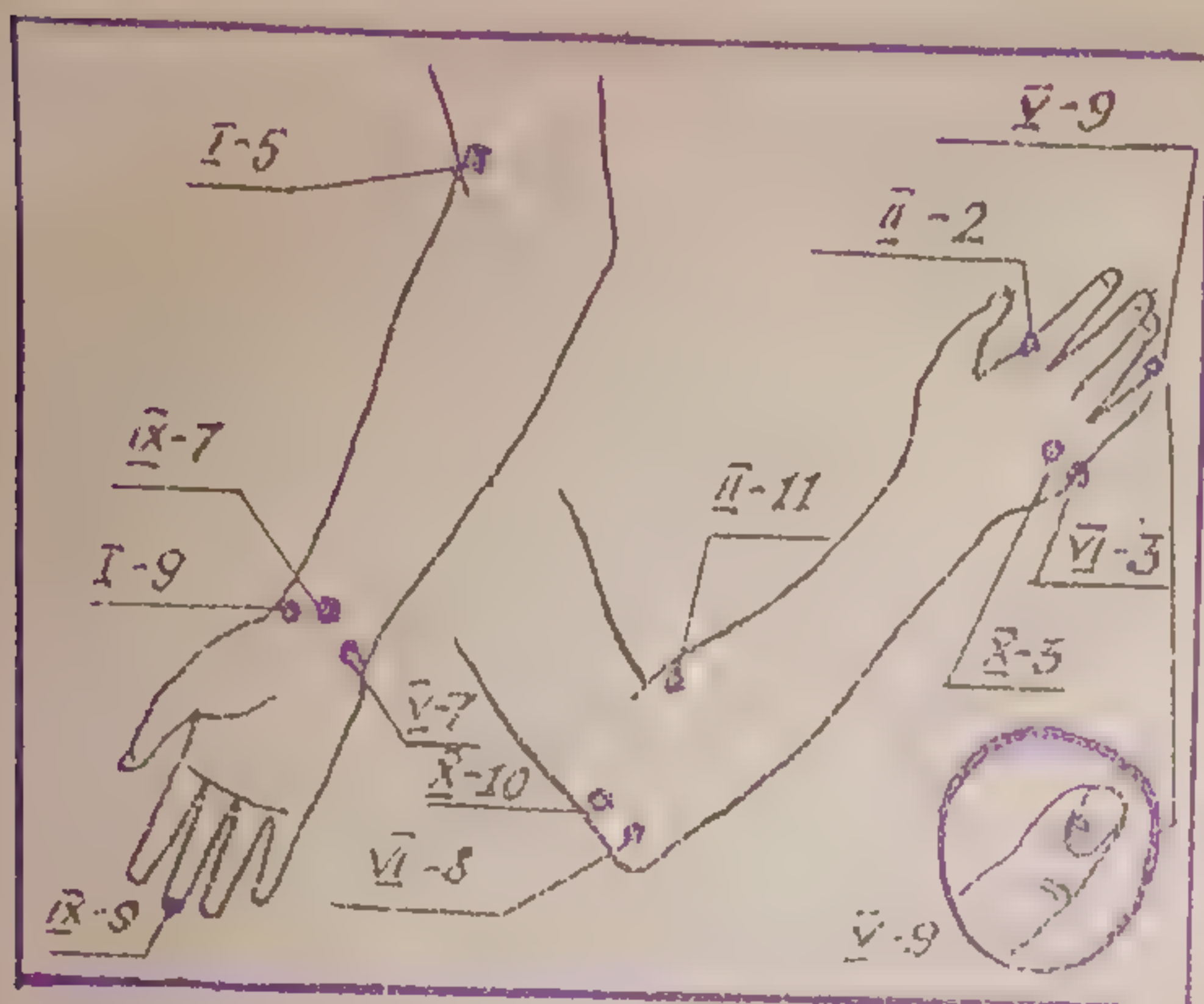
3. Если вы стоите перед выбором — стимулировать ли недостаточное начало или тормозить находящееся в избытке, отдайте предпочтение тормозящему воздействию. Таким образом, энергия, накопившаяся в избытке, пойдет на пользу организму, распределяясь по нему. В противоположном же случае при попытке стимуляции находящегося в недостатке начала может возникнуть проблема с источником энергии, необходимой для такой стимуляции.

4. При неясной диагностической картине (полученной по результатам пульсовой диагностики) лучше не проводить никаких процедур. «В сомнении — воздерживайся» — это правило здесь применимо как нельзя лучше.

Опишем точки стимулирующие и точки тормозящие отдельно для каждого из начал (*инь—ян*). Среди 16 точек этих четырех групп следует выбрать наиболее эффективные. При этом прежде всего надо ориентироваться по их особой чувствительности (или даже болезненности) при микромассаже.

Техника микромассажа. Микромассаж проводится одним пальцем. Определив по описанию и рисунку место расположения точки, нажмите слегка согнутым пальцем.

Постепенно увеличивая давление, добейтесь слабой болезненности и массируйте точку, совершая небольшие по амплитуде колебательно-вращательные движения без смещения пальца по коже. По окончании микро-массажа смажьте точку небольшим количеством вьетнамского бальзама «Золотая звезда». Не рекомендуется массировать каждую точку более 30—40 с. Проводить микромассаж желательно не каждый день и не более одного раза в день.



Точки, стимулирующие инь

Точка I—9 (тай-юань) находится у основания большого пальца руки, на границе ладони и ладонной поверхности предплечья, в углублении (рядом с местом прощупывания пульса).

Точка IV—2 (да-дуй) расположена на внутренней (обращенной к другой ноге) стороне стопы, на границе подошвенной и тыльной поверхности стопы, в углублении — кпереди от основания большого пальца (косточки).

Точка V—9 (шао-чун) расположена на руке около внутреннего, обращенного к безымянному пальцу края основания ногтя мизинца, сразу же за кожным валиком, окружающим ноготь.

Точка VIII—7 (фу-лю) расположена на внутренней (обращенной к другой ноге) поверхности голени, у нижнего края икроножной мышцы в месте ее перехода в ахиллово сухожилие.

Точка IX—9 (чжун-чун) расположена на руке на самом конце среднего (третьего) пальца, ровно посередине.

Точка XII—8 (цзюй-цюань) расположена на внутренней (обращенной к другой ноге) поверхности колена у конца подколенной складки.

Точки, тормозящие инь

Точка I—5 (чи-цзе) расположена на руке, в центре складки локтевого сгиба

у наружного (дальнего от тела) края сухожилия бицепса.

Точка IV—5 (шан-цю) расположена на внутренней (обращенной к другой ноге) стороне голеностопного сустава, во впадине книзу и немного кпереди от лодыжки.

Точка V—7 (шэнь-мэнь) расположена на руке, на границе ладони и ладонной поверхности предплечья, со стороны мизинца, во впадине.

Точку VIII—1 (юн-цюань) находим на средней линии подошвы на уровне $\frac{2}{5}$ расстояния от конца указательного пальца ноги до задней стороны пятки.

Точка IX—7 (да-лин) расположена на середине складки, отделяющей ладонь от предплечья, в углублении.

Точка XII—2 (син-цзянь) расположена на тыльной поверхности стопы, в промежутке сзади от оснований большого и указательного пальцев ноги.

Точки, стимулирующие ян

Точка II—11 (цзюй-чи) расположена на наружной поверхности локтевого сустава, на середине расстояния между концом локтевой складки и боковым костным выступом локтевого сустава. При согнутой под прямым углом руке в этом месте прощупывается ямка. Весьма часто она оказывается болезненной при прощупывании.

Точку III—41 (цзе-си) надо искать на середине передней поверхности голеностопного сустава, в месте сгиба, там, где прощупывается ямка.

Точка VI—3 (хоу-си) расположена на ребре ладони со стороны мизинца, сразу же за суставом в основании мизинца.

Точка V—67 (чжи-инь) находится на ноге около наружного края основания ногтя мизинца, сразу же за кожным валиком, окружающим ноготь.

Точка X—3 (чжун-чжу) расположена на тыльной стороне кисти у основания мизинца на линии, продолжающей промежуток между мизинцем и безымянным пальцем (сразу же за косточками в основании пальцев).

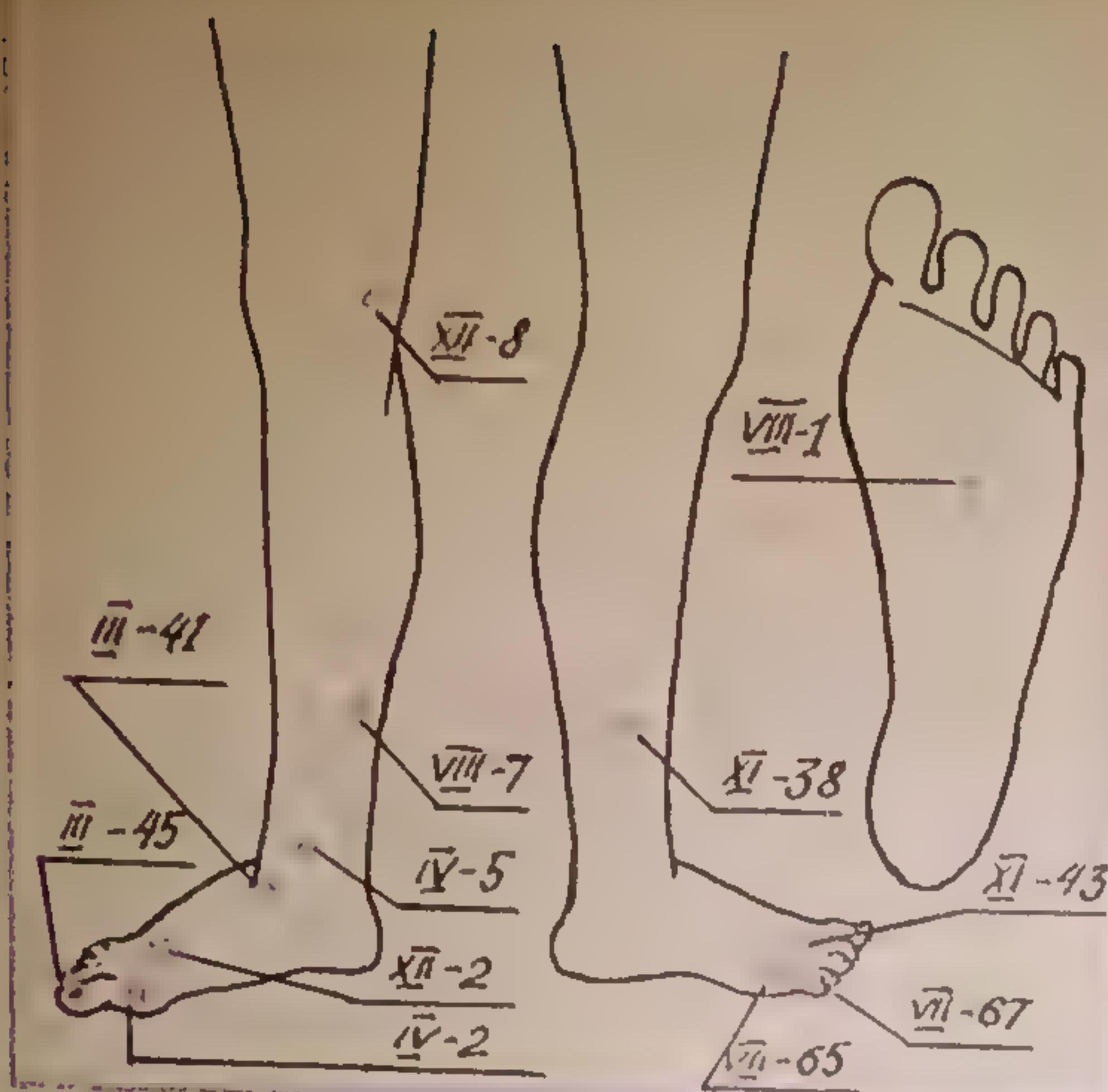
Точка XI—43 (ся-си) расположена на тыльной стороне стопы в складке между мизинцем и безымянным пальцем стопы.

Точки, тормозящие ян

Точка II—2 (эр-цзянь) расположена на руке на боковой поверхности (обращенной к большому пальцу), во впадине у основания пальца на границе тыльной и ладонной поверхности.

Точка III—45 (ли-дуй) расположена на ноге около наружного (обращенного к большому пальцу) края основания ногтя указательного пальца, сразу же за кожным валиком, окружающим ноготь.

Точка VI—8 (сяо-хай) расположена на боковой (наружной) поверхности локтя в



промежутке между локтевым отростком (собственно говоря, локтем) и боковым отростком локтевого сустава.

Точка VII—65 (шу-гу) расположена на наружной поверхности стопы, на границе подошвенной и тыльной поверхностей (сразу же за косточкой) у основания мизинца.

Точка X—10 расположена на задней поверхности локтевого сустава, выше локтя (на ширину двух пальцев).

Точка XI—38 (ян-фу) расположена на наружной поверхности голени (на 1 см кпереди от ее средней линии), выше наружной лодыжки на одну четверть длины голени.

Для управления балансом обоих начал можно кроме данных точек использовать часовые точки, описанные ранее в статье «Биоритмологическое воздействие» (Факультет здоровья.— 1988.— № 10/11). Микромассаж дневных точек, точек первой половины дня будет способствовать развитию ян, а микромассаж точек начала ночи — развитию инь. Помните, что в любом случае, прежде чем исправить, необходимо убедиться, что преобладание одного из начал не связано с волнами естественных биоритмов. Для этого достаточно понаблюдать несколько дней, чтобы стала ясна тенденция изменения соотношения инь—ян.

О пульсовой диагностике

Многие положения древнекитайской медицины вызвали на первых порах удивление и даже недоверие у столкнувшихся с ней европейских врачей. Действительно, много своеобразного, непривычного, но, пожалуй, больше всего поражают необычностью методы диагностики, среди них в первую очередь пульсовая диагностика.

Для чего же служит пульсовая диагностика? Зачем она нужна? Коротко говоря, она дает представление о балансе в организме жизненной энергии ци (чи), точнее, о балансе двух начал — инь и ян, этих двух взаимопереходящих форм энергии ци. Правильный баланс, правильное соотношение инь и ян — это здоровье, хорошее самочувствие, хорошее настроение. Нарушение баланса — обратная картина: болезни и недомогания, плохое самочувствие, плохое настроение. Дисбаланс инь—ян (неправильное их соотношение) в организме можно корректировать, устранять. А чтобы устранить — надо выявить.

Вот для чего в принципе нужна пульсовая диагностика, позволяющая врачу мысленно воссоздать некую условную картину баланса (или дисбаланса) двух различных начал — картину особенностей циркуляции энергии (ци) в организме пациента. Достаточно грамотная трактовка позволяет в соответствии с логикой традиционных представлений понять существо заболевания и принять решение о необходимости и способах коррекции выявленного энергетического дисбаланса. Так пульсовая диагностика используется в акупунктуре.

Что же представляет собой пульсовая диагностика? Как она проводится? Знакомая всем нам с детства картина — врач берет руку больного и часы, считает пульс. Ничего удивительного в ней нет. Ну а пульсовая диагностика — процедура классической китайской медицины?

Каждому из нас привычно, что при исследовании пульса врач накладывает свои пальцы на запястье больного и, слегка прижимая проходящую здесь артерию, считает толчки пульсовой волны, оценивая их силу. Пульсовая волна, периодически давящая на пальцы врача, — это результат дополнительного растяжения артерии под влиянием временного повышения давления крови. Создается оно сокращающимся сердцем, которое одновременно выбрасывает значительное количество крови. Волна, образующаяся при этом, прокатывается по сосудам, растягивая их на очень короткое время.

Так, бегущая по сосудам пульсовая волна ощущается и по ее пробеганию под пальцами врача, определяющего частоту пульса, а расстояние, на которое «выпячивается» стенка артерии, воспринимается как наполненность пульса, зависящая прежде всего от сокращения сердечной мышцы. И по состоянию пульса можно судить о работе сердца. Но не так просто, впервые столкнувшись с китайской пульсовой диагностикой, понять, как можно по пульсу, по характеру движений стенки артерии на руке diagnosti-

ровать состояние внутренних органов, выявить нарушения, не связанные прямо с сердечной деятельностью.

В самом деле, каким образом неполадки в работе почек или даже беременность сказываются на *форме пульсовой волны в строго определенном месте артерии*, да еще только одной руки? Непонятно. Загадочно. Может показаться даже абсурдным. Однако вопреки кажущейся парадоксальности пульсовой диагностики этот древний метод тем не менее работает, с его помощью удается успешно поставить достаточно точный диагноз больному, несмотря на то что современная наука пока не может предложить удовлетворительного объяснения механизма такой диагностики.

Ясно только, что используется информация о *форме пульсовой волны, ее переднем и заднем фронтах, прохождении под пальцами, о реакции различных участков артерии (а в стенках ее есть мышцы) на давление крови изнутри и точно дозированное давление пальцев врача снаружи*. При этом выделяется множество малозаметных признаков, акцентируется внимание на таких тонкостях ощущений, которые трудно даже представить себе, а тем более четко улавливать при диагностике.

Скорее всего именно с этими трудностями и связано сложное, поэтичное (образное) описание различных видов пульса в классических китайских руководствах. Вот примеры подобного описания видов пульса. «Свободный пульс хуа подобен движению шарика жемчуга, постоянно куда-то убегающего, как бы чего-то испугавшись». Или: «Вяжущий пульс сэ по характеру создающих его движений крови очень напоминает стругание бамбука тонким и легким ножом». В известном старинном руководстве «Биньху мо-сю» разновидности пульса сравниваются с «проникновением влаги через мокрый песок», с «ощущением, возникающим при надавливании на лежащую на столе кожу лука», с «сильно натянутой струной», с «плавающей по воде шелковой тканью».

Как выявить дисбаланс?

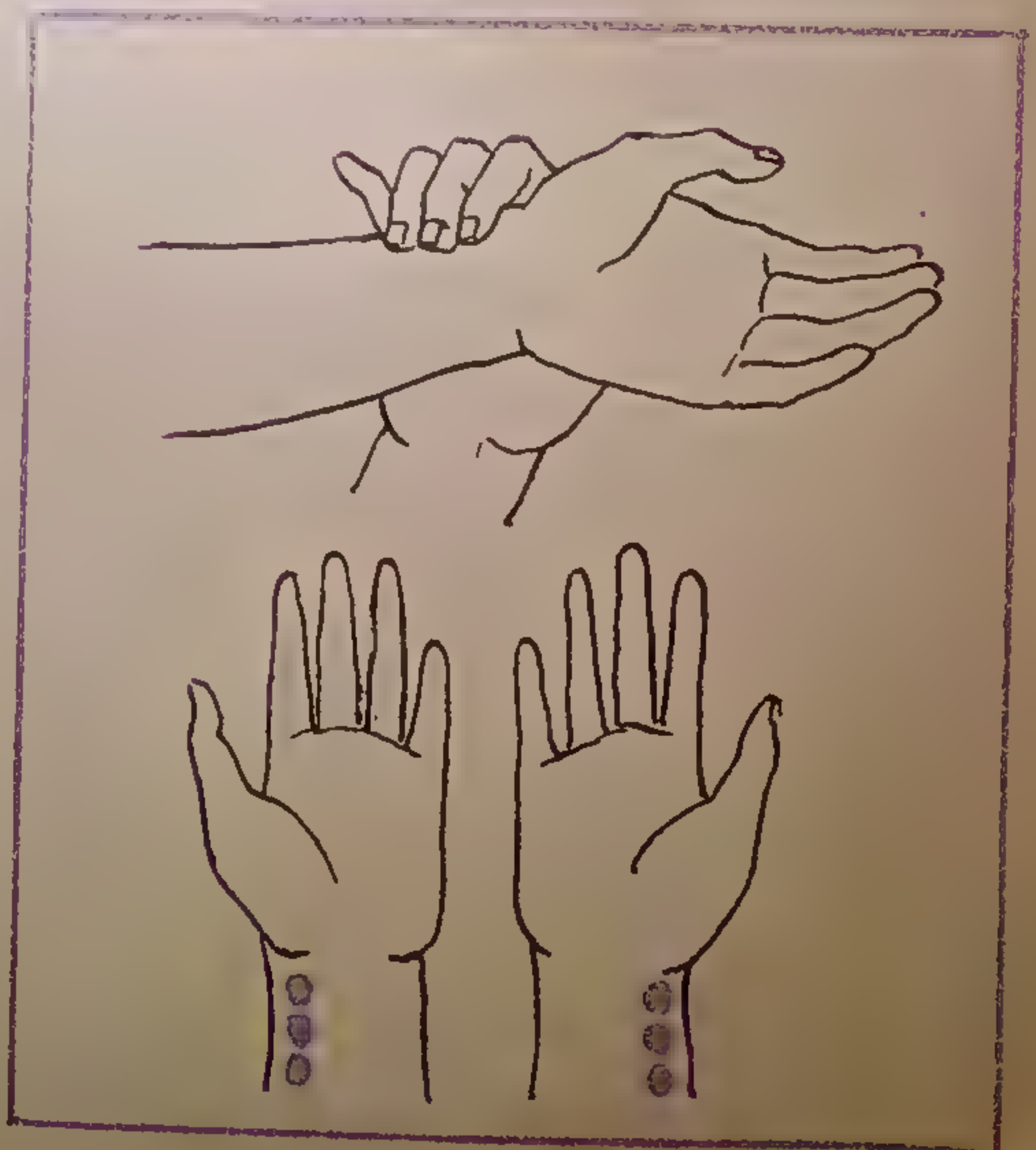
Для полного освоения пульсовой диагностики нужны годы упорной работы под руководством опытного учителя. Перед читателем мы и не ставим столь сложную задачу, хотим лишь предложить разобраться в нескольких приемах пульсовой диагностики, позволяющих определять баланс двух начал — *инь и ян* в организме, явные признаки преобладания одного из них (*разбаланса*).

В соответствии с традицией пульс измеряется тремя пальцами в трех точках на каждой руке больного, носящих общее

название *цуньхоу*. Каждая из этих точек имеет, кроме того, собственное название. Точка *цун-цунь* находится ближе всего к ладони у основания большого пальца, точка *чи* — это самая дальняя от большого пальца, где еще прощупывается пульс, точка *гуань* расположена между двумя этими крайними точками исследования пульса.

Следует иметь в виду, что каждая из этих точек имеет свое диагностическое значение. Точка *цунь* связана с верхней частью туловища (*шаньцзя*), «заведует» болезнями головы, а также грудной клетки (сердца, легких). Прощупывание пульса в точке *чуань* позволяет ставить диагнозы в области средней части туловища (*чжуньцзя*), т. е. свидетельствует о состоянии печени и селезенки. Прощупывание пульса в точке *чи* может помочь диагностировать заболевания в области нижней части туловища (*сяцзя*), оценить работу почек и всех остальных органов этой области.

Исследование пульса проводят на обеих руках. Пальцы правой руки врача располагаются на *левой руке больного* и, наоборот, пальцы левой руки врача располагаются на *правой руке больного*: **указательный палец** ложится на точку *цунь*, **средний** — на точку *гуань*, **безымянный** — на точку *чи*. Таким образом создается сразу же шесть точек съема информации. Дополнительно в каждой из этих шести точек выделяются *поверхностный и глубокий пульсы* (прощупывание их проводится за счет изменения силы давления пальца на артерию).



Поверхностный пульс прощупывается в передней половине артерии, а для прощупывания глубокого пульса необходимо пальцем сдвинуть артерию более чем наполовину (так, чтобы пульсовая волна перестала проходить через место сдавления) и, мысленно представив себе расстояние от передней до задней стенки артерии, вернуться на половину пути. От этого места и далее вглубь расположена зона изучения глубокого пульса. Тренировка позволяет научиться самостоятельно различать глубокий и поверхностный пульсы как отдельные, самостоятельные, отличные друг от друга показатели.

Таким образом, за счет изменения силы давления пальцев на артерию выделяют поверхностный пульс (прощупываемый при относительно слабом надавливании) и глубокий пульс (обнаруживаемый только при относительно сильном надавливании), которые не идентичны.

Вот как описываются в старинных руководствах эти два пульса — поверхностный (фу) и глубокий (чэн).

«Поверхностный пульс по внешнему виду напоминает полет в воздухе и колыhanie перьев на спине птицы при очень слабом ветре, слабо колеблющиеся на ветру стручки вяза, плавание дерева по воде. А на ощупь он напоминает листочки лукавицы при слабом к ним прикосновении. Глубокий пульс напоминает находящийся внутри кучки хлопка маленький камушек или гальку (изнутри твердый, с внешней стороны мягкий). Прощупать этот пульс можно только при сильном нажатии пальца. Можно провести такую аналогию: если бросить камень в воду, то его после этого можно потрогать, только добравшись до дна, на котором лежит этот камень». Точно так же и глубокий пульс чэн можно прощупать только в том случае, если сильно нажать на точку цуньхоу.

Основанное на пульсовой диагностике определение баланса инь и ян проводится в несколько этапов, на каждом из которых исследуется и оценивается только одна из сторон того сложного процесса, который приводит к динамическому равновесию этих двух различных форм энергии. Принять решение об избытке или недостатке одного из начал можно только по суммарной картине, получаемой от комплекса приемов пульсовой диагностики с учетом пола исследуемого, времени дня, фазы лунного цикла, времени года и возможного влияния погоды.

Итак, первый этап проведения пульсовой диагностики. Проведя исследование различных пульсов, начатое с суммарной оценки всех пульсов левой и правой руки, нужно оценить их количественно, сравнить суммарное выражение пульсов на одной и другой руках, понять, на какой руке пульс бьется интенсивнее. Это дает возможность предварительно оценить баланс инь—ян. На левой руке пульсы отражают присутствие в организме ян, на правой руке — инь. Полученное таким образом первое впечатление требует дальнейшего уточнения.

На втором этапе пульсовой диагностики ведется сравнение всех поверхностных и всех глубоких пульсов на обеих руках. Процедура сравнения поверхностных и глубоких пульсов повторяется несколько раз. Для того чтобы в простых случаях судить о соотношении ян и инь в организме, достаточно помнить, что все поверхностные пульсы отражают состояние ян, а все глубокие — инь.

Что же называют простыми случаями? Результаты первых двух этапов пульсовой диагностики трактовать достаточно просто, если на обоих получаются совместимые результаты. Пример: пульсы на левой руке поверхностные и преобладают над пульсами правой руки — глубокими. Это явный избыток ян. Существуют два правила: поверхностный пульс левой руки более ян, чем поверхностный пульс правой руки; глубокий пульс правой руки более инь, чем глубокий пульс левой руки.

Важно учитывать, что при общем равновесии двух начал в организме могут быть достаточно ярко выраженные локальные (местные) неравномерности. Пытаясь же понять смысл обнаруженного преобладания одного из начал, полезно вернуться к предыдущим статьям рубрики «Концепции времени и здоровья»: Чтобы учесть то, что, например, для большинства женщин некоторый избыток инь вполне допустим, а в жаркую погоду в природе преобладает ян, наконец, какие космические факторы влияют на баланс инь—ян. Суть дела в том, чтобы уметь определять, соответствует ли появление избытка одного из этих двух начал естественным биоритмам и какое отклонение от равновесия должно вызывать подозрение и требует коррекции. Поэтому лечить болезни должны врачи, хотя каждый может и должен уметь поддерживать свое здоровье;

ФЕНОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Рассказывает кандидат медицинских наук Евгений Андреевич ТРЕПАКОВ.

ВЗГЛЯД НА КОЖНЫЙ РИСУНОК РУКИ

В истории человечества веками накапливался опыт наблюдений различных явлений (феноменов), относящихся к внешним телесным признакам у человека, по которым пытались судить о состоянии здоровья, психических особенностях и даже способностях. Одно из таких явлений — кожный рисунок ладоней и пальцев рук, неповторимый у каждого человека, до недавнего времени интерпретировался лишь в умозрительных схемах «чтения руки» — хиромантии (руководения). Между тем связь тех или иных внешних телесных признаков с наследственно обусловленными характеристиками здоровья и индивидуальности человека существует.

Выявлением подобных корреляций занимаются и специалисты в области дерматоглифологии (от греческих слов: «дерма» — кожа, «глифе» — гравировать), изучающие особенности кожных узоров на ладонных поверхностях кистей рук и подошвах ног. Что касается подхода к интерпретации, то дерматоглифологов прежде всего интересует доказуемая связь тех или иных особенностей узоров на отпечатках с наследственно обусловленными заболеваниями.

Такие корреляции доказываются статистически в обследованиях населения (популяций людей), а разработанные на их основе тесты используются для скрининга (выявления) лиц с риском отягощенности наследственной болезнью. Иначе говоря, речь идет о выявлении тех, кому действительно требуется (с большой вероятностью) углубленное (и надо сказать, дорогостоящее) генетическое обследование с целью ранней диагностики заболевания или предрасположенности к нему.

Что надо знать о тестировании

В предыдущих статьях на эту тему, опубликованных в номерах 1/89, 2/89, 3/89, 4/89 факультета «Твое здоровье», было проведено сопоставление явлений кожного рисунка ладоней и пальцев рук, используемых как в «чтении руки» (хиромантии), так и в дерматоглифическом тестировании с целью диагностики. Выявились Примеча-

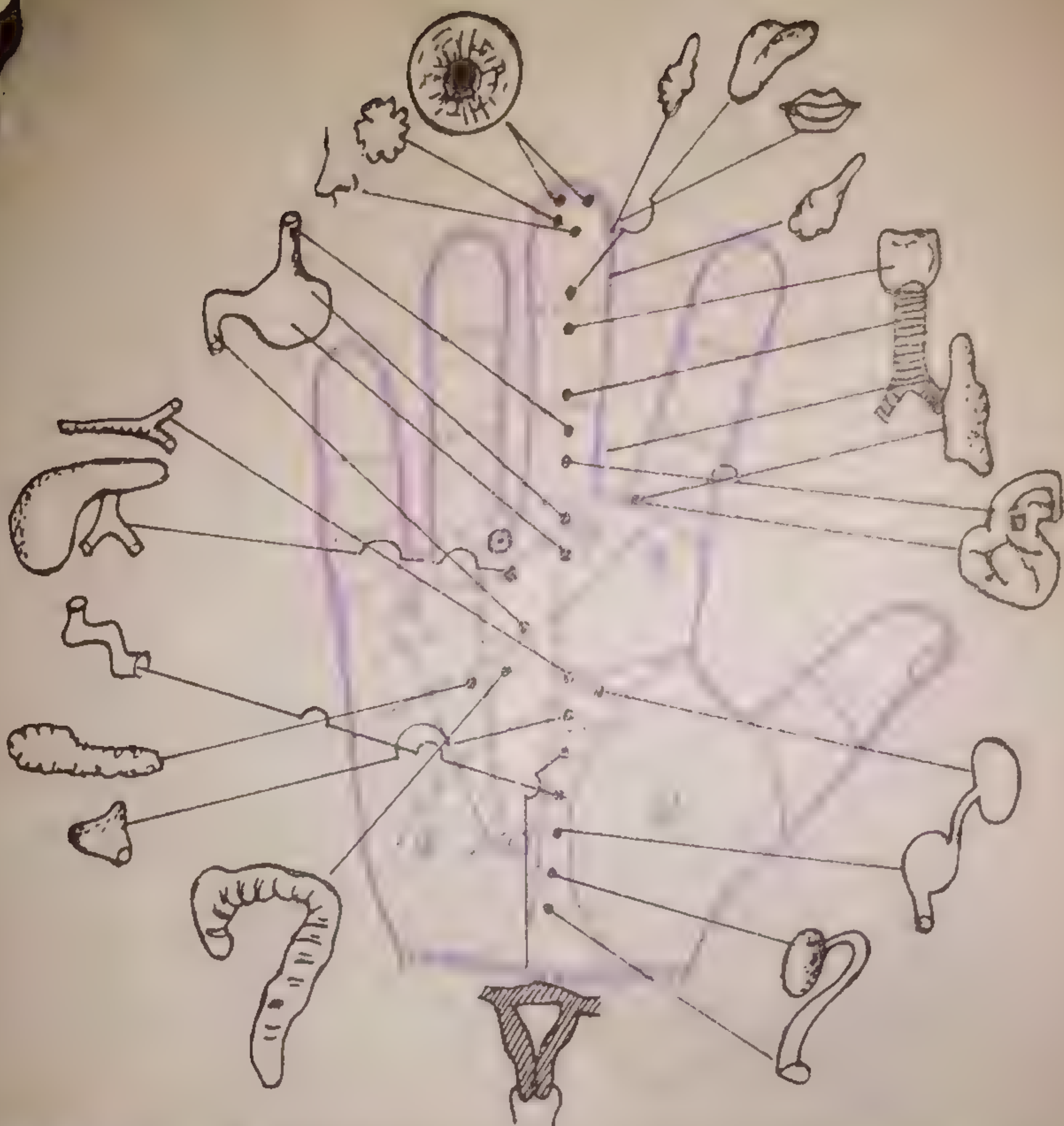
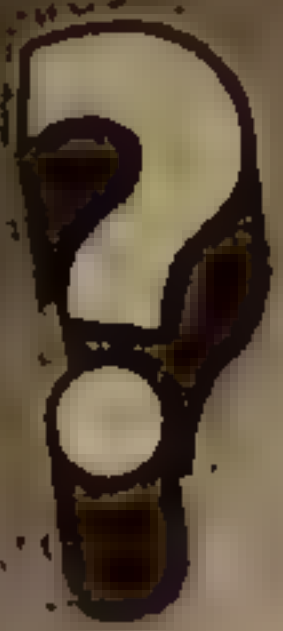
тельные параллели, свидетельствующие о том, что многовековой опыт наблюдений, пусть не целиком и не полностью, но может быть плодотворно переосмыслен с позиций сегодняшней науки. И современная химия обязана своим рождением алхимии, что же касается дерматоглифики, использующей знания антропологии, генетики и математической статистики, в известной мере свой объект исследования она унаследовала и от хиромантии.

Собственно, интересующие медицину дерматоглифические феномены (явления) представляют собой связанные с болезнью изменения (отклонения) от типичного кожного рисунка (нормального, то есть выявляемого «в среднем» — в популяциях людей). Исследователи пытаются найти им объяснения в наследственности. Иными словами, те или иные дерматоглифические особенности (при всей индивидуальности рисунка узоров для каждого человека) выступают в качестве признаков — генетических маркеров, с определенной вероятностью сигнализирующих о нарушениях в самом генетическом аппарате у обследуемого. Так выявляется предрасположенность к наследственной патологии (или ее ранний признак). Подтвердить или отвергнуть такое предположение — следующий шаг, и он осуществляется уже объективными методами анализа, которыми теперь располагает генетика и медицина.

Важно понимать, что подобные дерматоглифические особенности (изменения) сами по себе в отдельности не имеют диагностической ценности, а в комплексе указывают лишь на степень риска отягощенности болезнью или предрасположенности к ней. Один из недавних примеров: использование дерматоглифического тестирования детей дошкольного возраста позволило выделить среди них группу повышенного риска по бронхолегочным заболеваниям, в известной мере предсказать особенности их течения (А. Зосимов, 1986).

Вместе с тем выяснено, что чем больше коррелирующих с заболеваниями отклонений в дерматоглифическом рисунке (узорах), тем выше риск носительства наследственных нарушений, хронических патологий, в особенности при наличии грубых изменений макрорельефа кожной поверхности ладони (кстати говоря, обращавших на себя внимание еще в древности). Пример — истинная ЧПЛ (четырехпальцевая поперечная борозда, которая в хиромантии определяется как слияние линии сердца и линии ума). В комплексе с другими особенностями, известными дерматоглифологам, этот признак может являться основанием для обращения к специалистам генетикам для выявления скрытой патологии.

ВЧЕРА



ВОСТОК — ЗАПАД

ВЗГЛЯД: НА КОЖНЫЙ

Знаки

×

крест

##

решетка

△

треугольник

*

звезда

∩

остров

ψ

трезубец

□

квадрат

СЕГОДНЯ

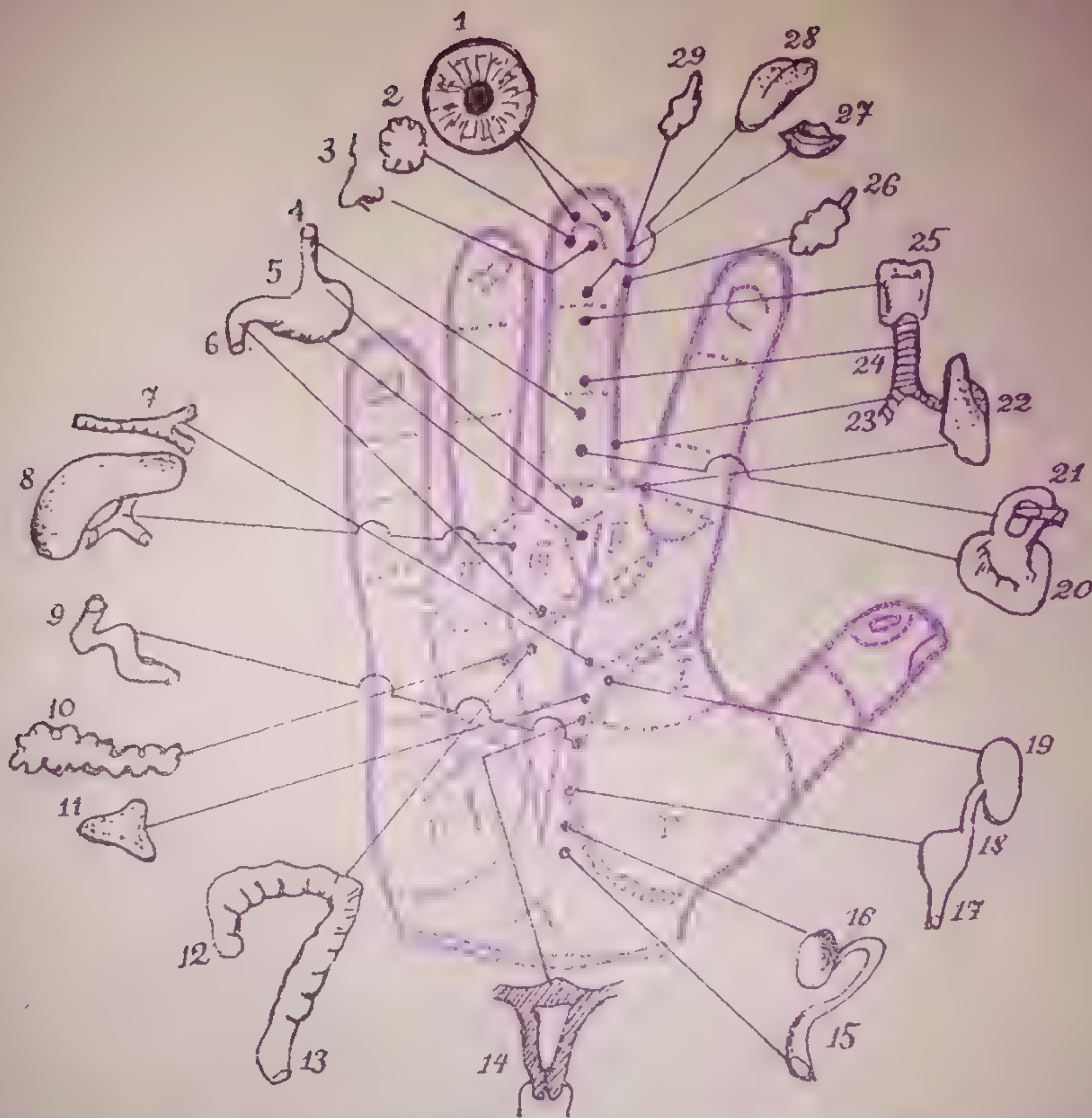
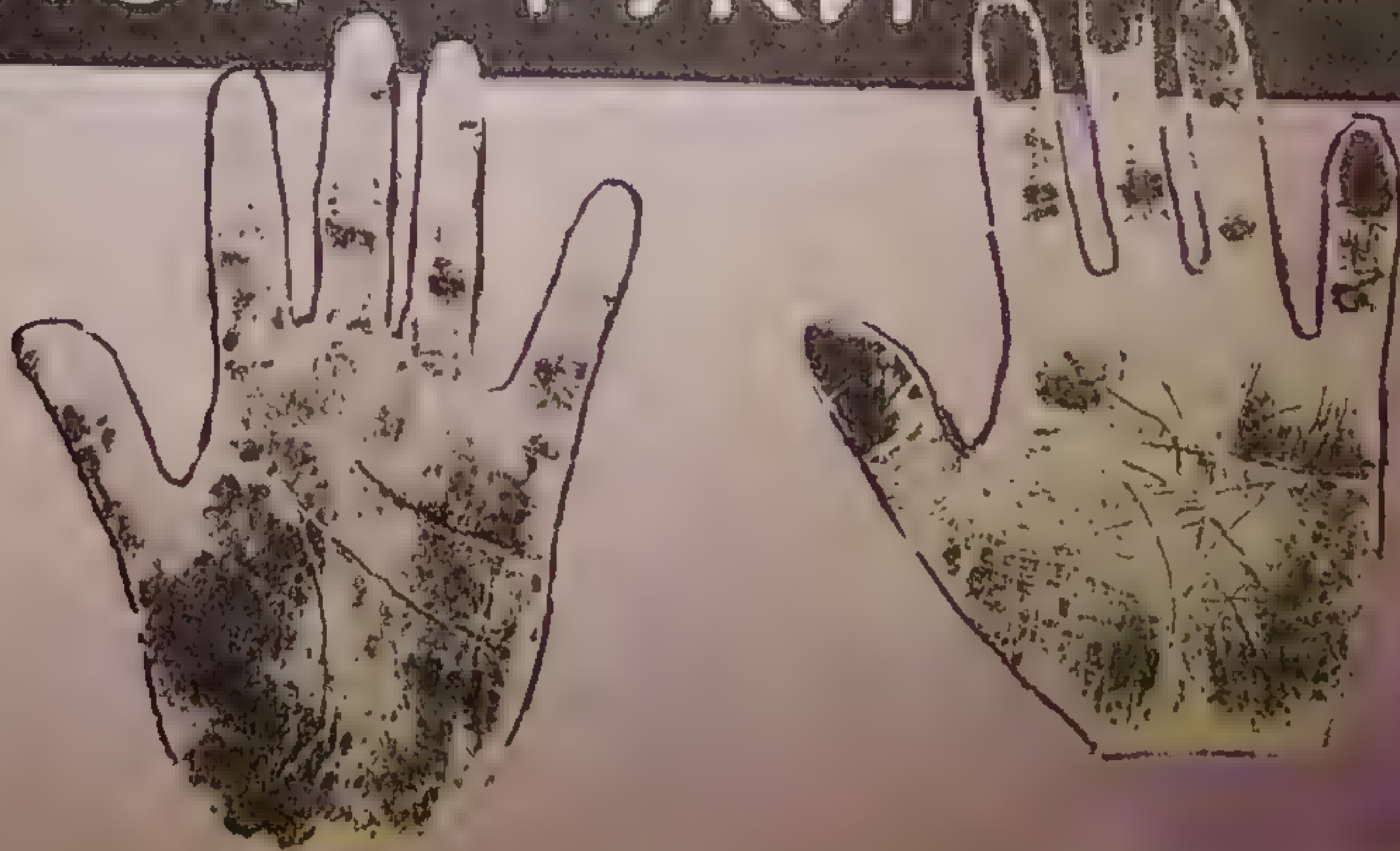


РИСУНОК РУКИ



Некоторые из таких комплексов-признаков приведены здесь в таблице, а иллюстрации представлены в статьях, опубликованных в предыдущих выпусках факультета «Твое здоровье» (1/89, 3/89, 4/89) — в тексте и на разворотах (48—49 страницы).

Белые линии дерматоглифов

Представление о дерматоглифическом тестировании было бы неполным, если не коснуться еще одной группы феноменов, диагностическая ценность которых открыта в самое последнее время и, безусловно, раскрывается лишь в комплексе признаков той или иной патологии. Это так называемые белые линии, своим названием указывающие на прямолинейные борозды (линии), остающиеся белыми на дерматоглифах — отпе-

чатках пальцев и ладоней рук, сделанных типографской краской.

Обыкновенно белые линии отличаются своей четкостью, яркостью, они достаточно грубы и не имеют выраженных изгибов, располагаются чаще горизонтально (не уходя в край ладони). Встречаются и вертикальные белые линии, как и пересечения их с горизонтальными — обычно ближе к середине отпечатка ладони. Такие пересечения чаще происходят под прямым углом, образуя фигуру креста, отличаясь яркостью, глубиной и четкостью.

Впервые изучал этот феномен дерматоглифолог А. Вендт (1955) на отпечатках пальцев (концевых фалангах кистей рук), теперь же имеются сведения и о корреляциях в случае расположения белых линий непосредственно на ладони. Так, Г. Пугачева

Комплексы признаков	Хромосомные и генные нарушения
Преобладание на пальцах ульнарных петель, радиальные петли на IV, V пальцах, наличие четырехпальцевой поперечной борозды, дистальное смещение осевого трирадиуса (57°), наличие рисунка на II—III межпальцевых подушечках и отсутствие его на IV и тенар/I подушечках, рисунок на гипотенаре в виде ульнарных и карпальных петель	Болезнь Дауна
Избыток арок на пальцах (обычно более 6), единственная сгибательная складка на V пальце, наличие четырехпальцевой поперечной борозды	Синдром Эдвардса
Дистальное смещение осевого трирадиуса, наличие четырехпальцевой поперечной борозды	Синдром Патау
Увеличение завитков на пальцах, радиальная петля на II пальце, малые или с полной вертикальной ориентацией петли, наличие четырехпальцевой поперечной борозды, «Эс» — образный рисунок на гипотенаре, увеличение гребешкового счета, смещение осевого трирадиуса в ульнарную сторону	Синдром Тернера
Увеличение числа арок, петли с низким гребешковым счетом, грубые гребешки с поперечной ориентацией	Синдром Клайнфельтера
Увеличение завитков на пальцах, ульнарное смещение осевого трирадиуса, наличие разнообразного рисунка на гипотенаре (радиальные арки и петли, карпальные петли и арки)	Синдром «супер—мужчины»
Избыток завитков, увеличение гребешкового счета, наличие четырехпальцевой поперечной борозды, дистальное смещение осевого трирадиуса	Аномалии лица, скелета и мужских половых органов
Избыток завитков на I, II, IV пальцах	Болезнь Вильсона
Редукция рисунка на III, IV межпальцевых подушечках, уменьшение рисунка на гипотенаре, редукция или отсутствие главной ладонной линии «С»	Фенилкетонурия
Наличие четырехпальцевой поперечной борозды, учащение рисунка на IV межпальцевой подушечке	Псориаз
Уменьшение ульнарных петель, наличие четырехпальцевой поперечной борозды, учащение рисунка на тенар/I межпальцевой подушечке	Синдром Рубенштейн—Тейби
Избыток арок на пальцах, наличие «белых линий»	Эпилепсия
Уменьшение бимануальных (обих рук) различий, поперечные гребешки на ладони	Анэнцефалия
Избыток арок на пальцах, уменьшение гребешкового счета, наличие четырехпальцевой поперечной борозды, учащение рисунка на гипотенаре, тенаре/I межпальцевой подушечке	Идиопатическое умственное недоразвитие
Уменьшение пальцевых трирадиусов, чаще «а» и «d» трирадиусов, дистальное смещение осевого трирадиуса	Поликистоз почек
Аномальные пальцевые трирадиусы, дистальное смещение осевого трирадиуса, наличие четырехпальцевой поперечной бо-	Аплазия матки, влагалища и шейки

(1968), изучая особенности дерматоглифов (отпечатков) у больных эпилепсией, обнаружили это явление на ладони в большом числе случаев. Невольно вспоминаются литературные свидетельства о том, что по линиям руки цыганки успешно «предсказывали» *падучую болезнь*, т. е. эпилепсию.

Согласно Г. Пугачевой, белые линии на ладони в области тенара наблюдаются только у четвертой части всех обследованных ею здоровых людей, а у эпилептиков — в 9 случаях из 10, что было проверено методом «слепого контроля» (частота правильных ответов — от 69 до 90 %). При этом независимо от формы эпилепсии (*генуинной* или *наследственно обусловленной*) горизонтальная белая линия наблюдалась чаще всего — у 52 % обследованных больных (а у здоровых — только у 14,5 %); вертикальная белая линия — у 12,5 % эпилептиков (и менее, чем у 3 % здоровых), наконец, «крест» был выявлен у 19 % больных (и лишь у 5 % здоровых).

К этой же группе явлений, по-видимому, относится исчерченность кожного рисунка ладоней, представленная здесь на иллюстрации (смотри разворот: правая отпечаток ладони).

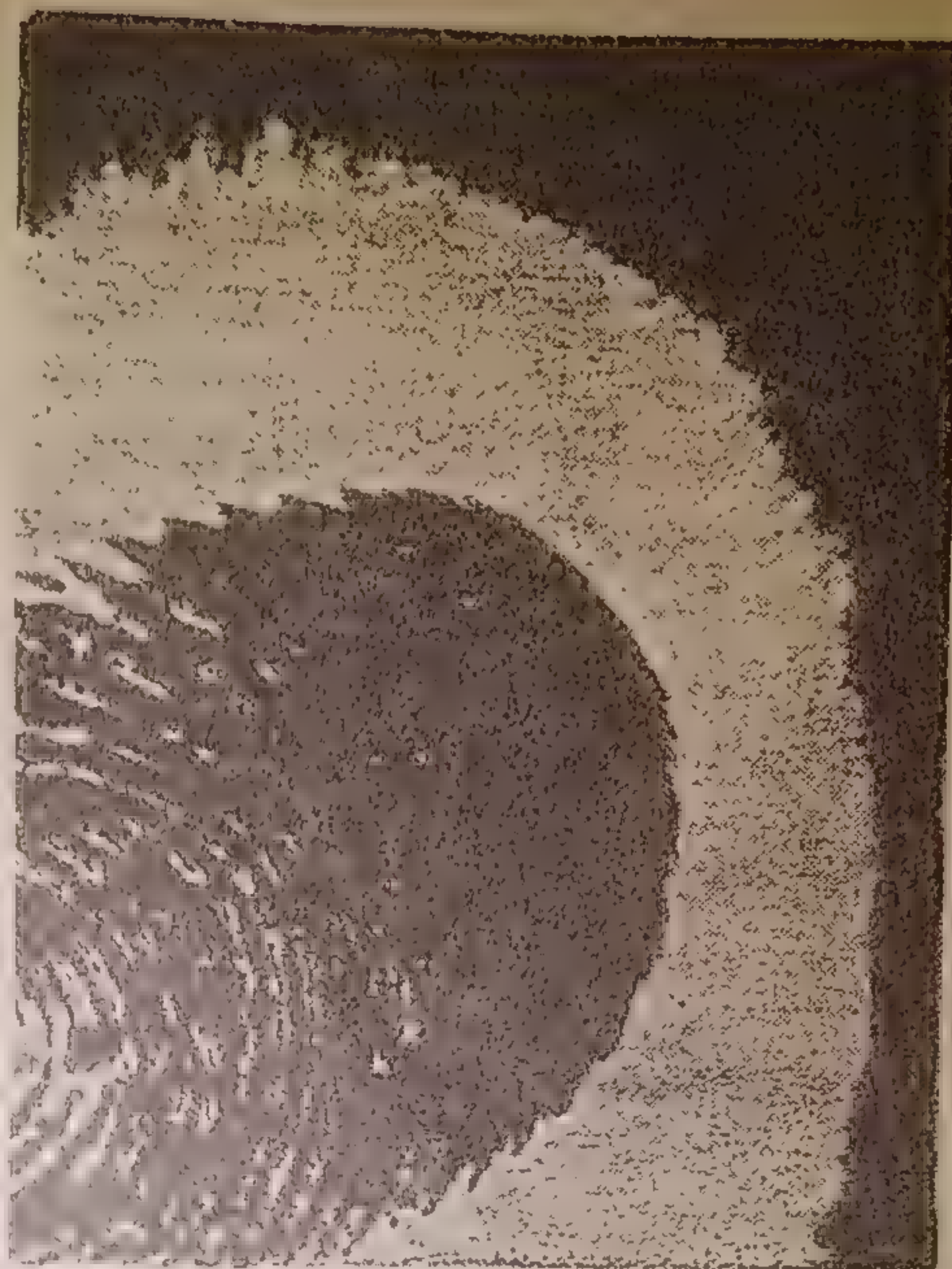
Данный феномен заключается в *исчерченности рельефа* кожи ладони, а нередко и пальцев множеством тоненьких белых линий, разнообразных по длине, ширине и направлению, как бы ретуширующих основной рисунок отпечатка: микрорельеф кожи в этой области теряет свои строгие и четкие черты.

На отпечатке ладони справа, явление исчерченности кожного рисунка на ладони, в области тенара, как видно на иллюстрации, наблюдалось у женщин (от одной трети до половины обследованных), страдающих различными формами нарушений функции яичников (генитальный инфантилизм, ановуляторный цикл, склерокистозные яичники, аномалии развития половых органов и др.).

По мнению ряда исследователей (Е. Демидова, 1975; В. Сметник, 1977; А. Курбанова, 1979; Е. Кириллова, 1979 и др.), этот признак может быть использован в комплексе с другими для дерматоглифического выявления наследственной патологии у женщин с различными дисфункциями яичников.

Штрихи к ладонному «портрету»

Продолжая знакомство с примечательными параллелями в явлениях кожного узора, рассматриваемых в дерматоглифике и хиромантии, заметим, что в искусстве «чтения руки» своеобразные интерпретации получили и аналоги белых линий, названные хиромантами фигурами, или знаками, боль-



Кирдановское свечение концевой фаланги пальца руки

шими и малыми. К основным фигурам относят большой четырехугольник, большой треугольник и малые знаки, в числе которых квадрат, звезда, остров, точка (*впадинка*), кружок, решетка, крест, мистический крест, треугольник, трезубец (представлены на иллюстрации — страницы 48—49). В руководствах по хиромантии малые знаки обсуждаются только в комплексе со всеми остальными элементами кожного рисунка, при этом одни из них чаще выступают в качестве отрицательных признаков, а другие — в качестве положительных.

Большой четырехугольник — фигура, ограниченная отрезками четырех пересекающихся между собой линий ума (головы), линии сердца, линий Сатурна (судьбы) и Солнца (Аполлона), направленных соответственно к одноименным пальцам — среднему и безымянному (смотри иллюстрации в номерах 1/89, 2/89, 3/89 факультета «Твое здоровье»). Правильный, большой и расширяющийся к бугру Юпитера, четырехугольник характеризует доброго, честного, прямодушного человека, почтенного, здорового, с уживчивым нравом, свидетельствует одно из известных руководств по хиромантии (Гр. Ф-т «Как узнать характер человека», СПб. Полезная библиотека, 1910). Если же очертание этой фигуры неправильно, то это указывает на нерешен-

тельность, боязливость, нервность, несамостоятельность, эгоизм и черствость сердца, полное же отсутствие ее — признак безбожия и злобы.

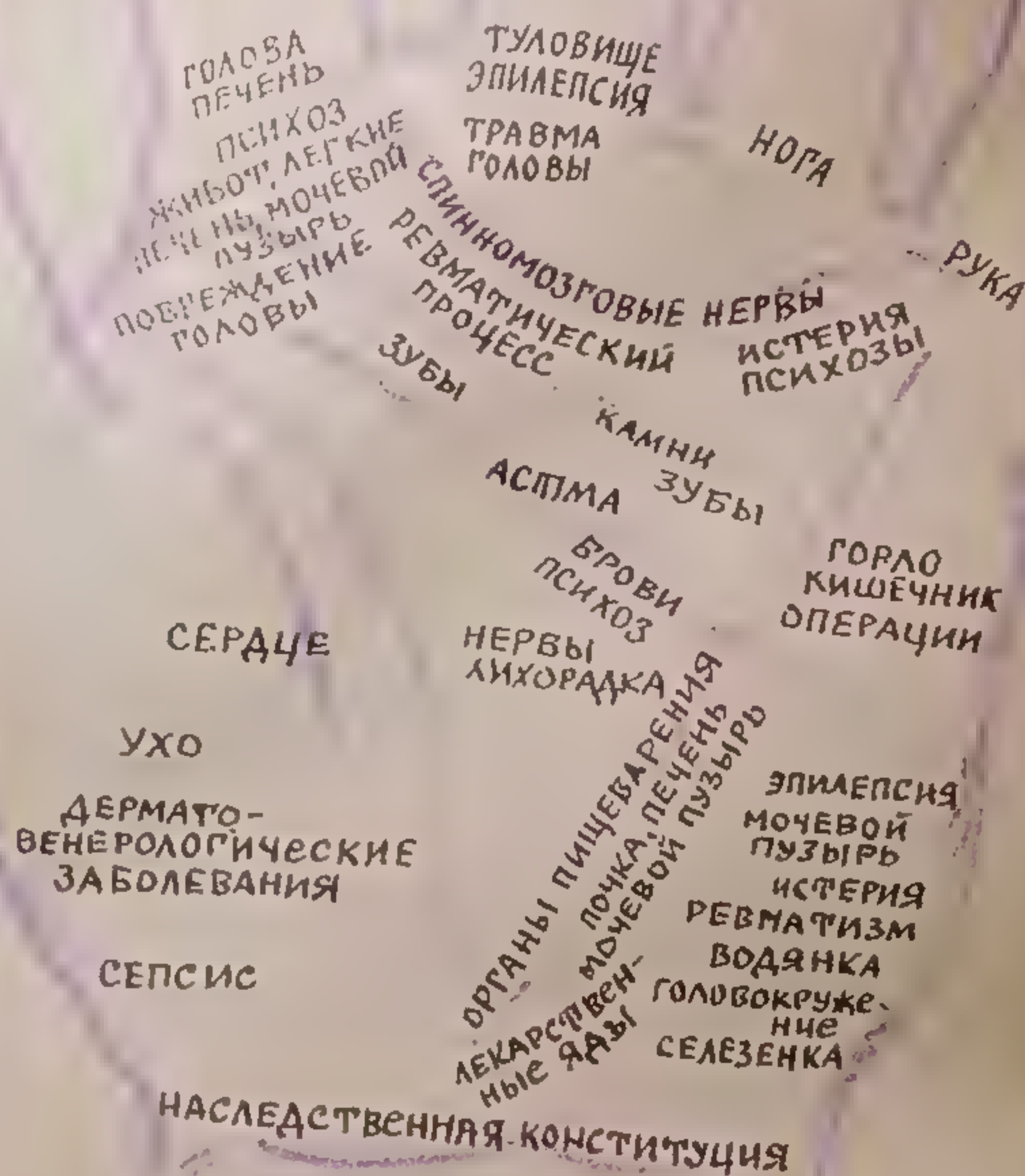
Большой треугольник, говорится в руководстве далее, образуется от взаимного пересечения линии сердца, линии головы (ума) и линии здоровья (печени) и служит показателем большего или меньшего развития умственных способностей его обладателя. Правильное очертание фигуры — признак чистой, здоровой крови и общей крепости организма, если же одна из сторон ее претерпевает разрыв, то это указывает на недостаток, целиком обусловленный неполноценностью соответственной линии, что и учитывается в интерпретации.

Среди малых знаков благоприятным признаком, устраняющим тот или иной недостаток или опасность, является знак «квадрат». К примеру, если разрыв линии жизни все же связывается квадратом, то угроза опасной болезни в этом случае дополняется возможностью выздоровления. Также и на буграх (холмах) квадрат улучшает признаки, а на бугре Юпитера предвещает счастливый брак. Напротив, знак «звезда» считается неблагоприятным признаком, будучи расположенным на концах пальцев — на внутренней стороне верхней фаланги: на указательном — это угроза жизни из-за гордости, на среднем — тоже со стороны рока, на безымянном — со стороны огня, а на мизинце — от различных предприятий, грозящих для предпринимателей банкротством.

Однако на конце той или иной линии на ладони звезда указывает на крупное событие, значение которого и объясняется исходя из ориентации начала и конца такой линии на буграх (холмах). Звезда на бугре Сатурна — признак фатальной судьбы, нередко с трагическим исходом, а при низком расположении ее на бугре Луны (при слабовыраженной линии ума) — воображение может довести обладателя знака до умопомрачительных взрывов. Впрочем, на значение звезды нет общепринятого мнения.

Знак «остров», по общему мнению, всегда ухудшает свидетельства той или иной линии, на которой оказывается. Как и точки (впадинки), означает болезни, неприятности, неудачи — те жизненные невзгоды, без которых не обходится жизнь человека. К примеру, острова в начале линии жизни означают предрасположенность к заболеваниям дыхательных путей, особенно, когда ногти на руке круглы и выпуклы в центре, но острова в середине линии — признак предрасположенности к заболеваниям органов пищеварения, а в нижней части линии — почек, мочевого пузыря и мочеполовых органов.

На линии ума (головы) острова означают склонность к умственным перенапряжениям: под бугром Юпитера — от чрезмерных амбиций, под бугром Сатурна — от мнительности и подозрительности, самокопания, под бугром Меркурия — от капризов и ухищрений, под бугром Солнца — от тщеславных стремлений, а также опасность для глаз (и лица). Остров в начале линии сердца — признак предрасположенности к сердечным заболеваниям (здесь следует учитывать и ностевую диагностику, о которой речь шла в № 3/89 «Твое здоровье»). На линии судьбы остров — признак склонности к супружеским изменам, но вблизи ее начала на бугре Венеры — остров указывает на возможность неблагоприятного влияния брака на жизненную стезю, а на конце ее — на удары и утраты на склоне лет.



Знаки, образуемые серией точек — «кружки» — предвестники успеха, когда расположены на буграх, а на линиях точки — красные или голубые, в особенности, темные указывают, в отличие от белых, на болезненность того или иного органа, определяемого их месторасположением. Также и знак «решетка», указывая на крайности в характере, относится к признакам неблагоприятным. Так, на бугре Венеры это знак распушенности (включая сексуальную), на бугре Солнца — склонность к безрассудству на почве тщеславия, на бугре Сатурна

свидетельствует о сильном эгоцентризме и предрасположенности к мрачным депрессивным состояниям, о неумении ставить жизненные цели (а при распадении *линии судьбы* на отрезки — о сумбуре в голове). Знак «решетка» на *бугре Юпитера* говорит о неимоверной гордыне, а на *бугре Меркурия* — о склонности к воровству, на *бугре же Марса* — о возможности насильственной смерти, наконец, на *бугре Луны* — о беспокойстве и вялости (у женщин — об истеричности).

Знак «крест» — признак колебания, нерешительности, и он неблагоприятен на *бугре Меркурия* (склонность к двуличию, воровству), а на *бугре Солнца* (если линия заканчивается на знаке) — крах попыток добиться славы и богатства. На *бугре Сатурна* это знак опасности насильственной смерти, на *бугре Луны* — самообмана (при нисходящей *линии ума*) и опасности от воды, на *бугре Марса* — поражения в борьбе; в соприкосновении с *линией ума* — опасность несчастного случая (травмы головы), с *линией судьбы* — противодействия со стороны других лиц, а на *линии солнца* — означает препятствие в достижении успехов. Но вот мистический крест (расположенный в большом четырехугольнике), не касающийся основных линий, либо образованный их отростком (*линии сердца или линии ума*) пересечением *линии судьбы*, говорит о способности к оккультизму, проницательности, интуиции, даре прорицания.

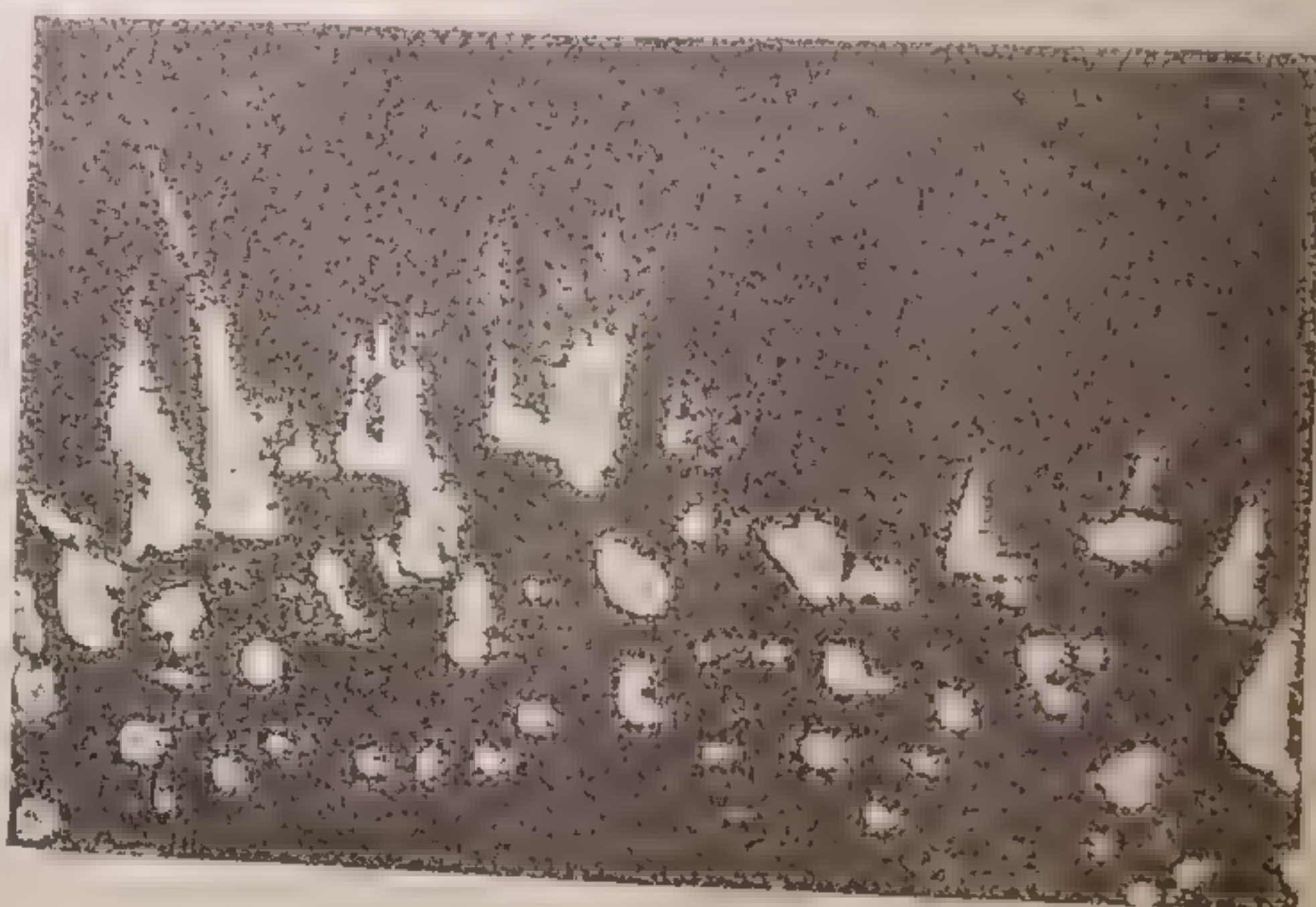
Знак «треугольник» — вообще благоприятный признак, указывающий на выдающиеся способности. Это знак успеха, гармоничной личности. На *бугре Юпитера* (при ровной и длинной *линии ума*) это признак способностей к успешной общественной и государственной деятельности, на *бугре Сатурна* — склонности к гипнотизму, оккультизму, к исследованиям в науке, на *бугре Солнца* — сочетания способностей к чистому искусству и науке, на *бугре Венеры* — уравновешенности и расчетливости в сердечных делах, на *бугре Марса* — успехов и предохранения в ратном деле, на *бугре Луны* — уравновешенности, созерцательности и практических устремлений. Наконец, знак «трезубец» относят к благоприятным: на *бугре Юпитера* это признак успеха в честолюбивых стремлениях, на *бугре Солнца* — состоятельности и большой влиятельности.

(Примечание редакции: в задачу наших публикаций по дерматоглифике и хиромантии входит не создание руководств, но знакомство с подходом к признакам состояния здоровья. Для систематизации таких представлений следует иметь под рукой все предыдущие четыре выпуска).

Запад — Восток: примечательные параллели

В предыдущей статье «Диагностика по руке?» (опубликованной в № 4/89) было отмечено совпадение в месторасположении на ладонной поверхности кисти проекционных зон мочеполовых органов с теми дерматоглифическими особенностями (в частности, смещениями осевых трирадиусов и петлевыми рисунками в приграничной с тенаром области гипотенара), которые выявлены у женщин с аномалиями развития половых органов и аплазией почки. В этой связи примечательны и «точечные» проекции внутренних органов на ладони, приведенные на нашей иллюстрации (разворот-страницы 48—49).

Цифры на схеме согласно Рю Тэу («Корейские акупунктурные точки на руках и автономная нервная система», изд-во «Ин-Ян», 1978) обозначают: глаз (1), слезную железу (2), ноздрю (3), пищевод (4), желудок (5), двенадцатиперстную кишку (6), сосуды в брюшной полости (7), печень и желчный пузырь (8), тонкую кишку (9), поджелудочную железу (10), надпочечник (11), толстую кишку (12), прямую кишку (13), матку (14), наружный половой орган



Участок кожи человека в состоянии покоя (вверху) и возбуждения (внизу) — кирлиановское свечение



(15), половую железу (16), мочевой пузырь (17), мочеточник (18), почку (19), сердце (20), предсердие (21), легкие (22), бронхи (23), трахею (24), горло (25), околоушную железу (26), рот (27), язык (28), подчелюстную железу (29).

Восточная традиционная медицина дает в руки исследователей используемые иглотерапевтами карты проекционных точек на ладони и стопе, которые могли бы быть сопоставлены с проекционными зонами внутренних органов, известными западной медицинской науке. Например, на приведенной ниже из книги Е. Вельхова и Т. Кушнера «Экстерорецепторы кожи» (Кишинев, 1984) схеме (Айсбернер — Гэлдейн, 1927) показана так называемая экстерорецептивная связь различных участков ладонной поверхности кожи с внутренними органами и системами, а также корреляция с симптоматикой их расстройств.

Здесь следует, по-видимому, напомнить о проекционных зонах (участках кожи на шее, туловище, бедре, плече), обнаруженных еще в прошлом веке и названных по имени первооткрывателей: Г. Захарьина (описавшего явление повышенной чувствительности кожи в определенных зонах кожи при заболевании сердца) и Х. Геда, детально описавшего расположение на коже зон, связанных с различными внутренними органами. Рефлексологический подход, утвердившийся в современной науке, позволяет утверждать, что такие проекции возникают вследствие общих «каналов» нервной связи (кожной зоны и внутреннего органа в организме).

Благодаря таким ответвлениям нервных стволов, обеспечивающих иннервацию внутренних органов и участков кожи, те и другие могут *синхронно реагировать* на самые различные изменения в организме. И не удивительно, что болезненное состояние того или иного органа сопровождается реакцией его проекционной зоны на коже.

Это выразится покраснением или блед-

ностью, бесчувственностью или болезненностью при надавливании, прикосновении, в появлении пигментации, усилении или ослаблении секреции кожных желез, шелушении (от чешуйчатого до пластинчатого), наконец, в изъязвлении и даже длительной незаживающей трофической язве. В этой связи могло бы представить интерес для комплексной диагностики «по руке» и явление кирлиановского свечения при высокочастотном облучении, регистрируемого с участков кожи.

Ввиду малоизученности пока еще трудно систематизировать топографию дерматоглифических явлений, проекционных зон (экстерорецепции) внутренних органов и точек акупунктуры восточной традиционной медицины в их взаимосвязи. Как систематизация, так и диагностика на ее основе может стать успешнее благодаря компьютеризации в этой области. Представляется, что изучение механизмов экстерорецепции и «точечных» проекций традиционной восточной медицины позволило бы пролить свет на наследственно обусловленную взаимосвязь с ними дерматоглифических узоров — признаков, относящихся к состоянию здоровья человека. Вероятно, в таком подходе отразилось бы взаимовлияние опыта медицины Востока и Запада, имевшее место в далеком прошлом и ныне создающее перспективу будущему здоровью человека.

Для здоровья людей необходимо добиться внедрения в практику всех эффективных методов лечения, в том числе и отличных от общепринятых в здравоохранении последних десятилетий — альтернативных (традиционных). Сохраняя и научно обосновывая все самое ценное из наследия человеческой цивилизации, сегодняшняя медицина получает *уникальную возможность синтеза традиций и современности* как в методах диагностики, включая выявление групп риска, так и в методах лечения и профилактики.





ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ВОПРОСЫ

о методе волевой ликвидации глубокого дыхания
К. П. БУТЕЙКО

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Наши постоянные подписчики регулярно напоминают о своей просьбе опубликовать на страницах «Твое здоровье» выступление Константина Павловича Бутейко, рассказать о его методе, получившем столь широкую популярность. Сотни читательских писем свидетельствуют о том, что, несмотря на довольно подробные публикации о методе в массовой печати (например, в газете «Советский спорт» от 17 июля 1988 г.), суть его обрастает домыслами, а слухи о чудодейственности волнуют надеющихся на исцеление от самых различных недугов.

Конечно, все это имеет под собой основу. Известность принес успех двадцатилетней борьбы за признание метода, борьбы за право на нестандартное мышление и научный поиск. Можно вспомнить в этой связи публикацию печатного органа Минздрава СССР, Министерства медицинской и микробиологической промышленности СССР и ЦК профсоюза медработников «Медицинской газеты» (от 13 мая 1987 г.), посвященную судьбе метода. Разговоров вокруг метода К. Бутейко, говорилось в статье «Второе дыхание», действительно много. Еще будучи заведующим лабораторией Института физиологии Сибирского отделения АМН СССР в начале 60-х годов, он предложил лечить некоторые болезни методом волевой ликвидации глубокого дыхания (ВЛГД), предварительно проверив действие его на себе.

Вспомните, пишет собственный корреспондент «Медицинской газеты» Г. Балакин, нас всегда учили: дышите глубже. А тут малоизвестный ученый, ломая устоявшиеся стереотипы, утверждает: хотите быть здоровым, вылечиться, усвойте — глубокое дыхание вредно. Ученый доказывал, что именно

глубокое дыхание, ведущее к дефициту углекислого газа в легочных альвеолах, является одной из причин всевозможных спазмов бронхов, коронарных сосудов, кишечника и других патологий. Никто не будет повышать или понижать кровяное давление или температуру тела, не выяснив, отклоняются ли они от нормы, также и дыхание нельзя подвергать воздействию, предварительно не измерив, утверждают К. Бутейко и его ученики. А ведь упрощенное отношение к этому проявляется прежде всего в том, что люди занимаются различными дыхательными гимнастическими, не имея ни малейшего понятия о состоянии своего дыхания.

Доступный каждому способ измерения и метод постепенного уменьшения глубины дыхания до физиологической нормы К. Бутейко предложил еще в самом начале 60-х годов, только в 1983 г. он получил авторское свидетельство на свое изобретение. Были проанализированы клинические материалы лечения этим методом больных бронхиальной астмой и астмоидным бронхитом различной этиологии с давностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет, сообщалось в статье.

Примечательно, что в утвержденных Минздравом СССР в 1985 г. методических рекомендациях «Немедикаментозные методы в комплексном лечении бронхиальной астмы у детей» первый из них (ВУД) основан на изобретении К. Бутейко, представляя собой модификацию его метода, разработанную в клинике 1-го Московского медицинского института (на кафедре детских болезней).

Между тем метод широко используется в его оригинальной — авторской постановке у больных различного возраста. В чем же суть изобретения и каковы возможности метода, с точки зрения самого автора? На эти и другие вопросы, интересующие многочисленных читателей, редакция попросила ответить Константина Павловича в беседе с нашим корреспондентом А. Е. Хорошо, который в 1976—1985 гг. в качестве эксперта-патентоведа специализировался в области патентования советских изобретений за рубежом, а в последние годы особенно интересуется вопросами научного обоснования новых нетрадиционных методов, используемых в профилактической медицине.

Публикуем в изложении ответы Константина Павловича БУТЕЙКО, известного физиолога и врача, кандидата медицинских наук.

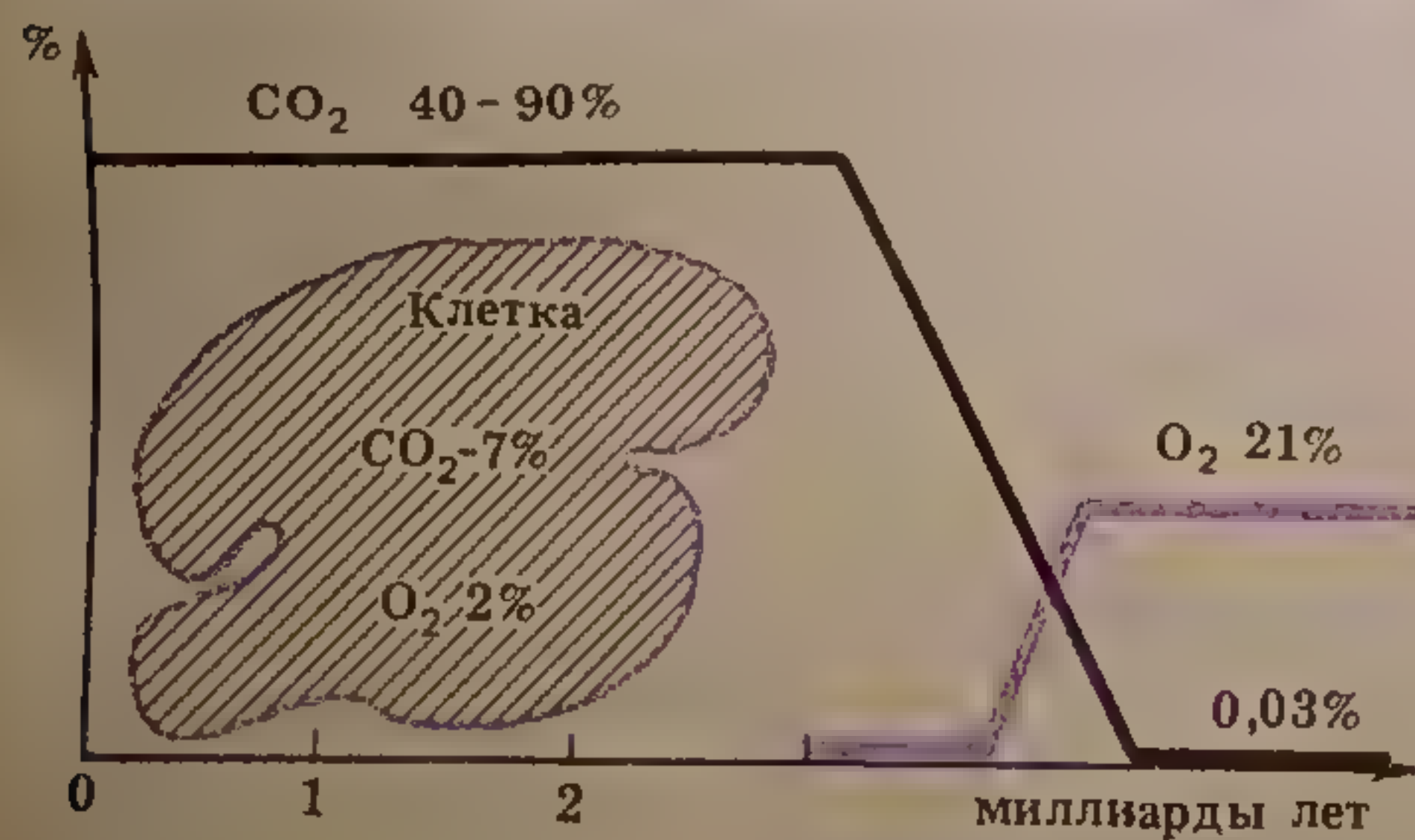


В Государственном реестре изобретений СССР зарегистрирован 15 сентября 1983 г. (с приоритетом от 29 января 1962 г.) защищенный авторским свидетельством № 1067640 «Способ лечения гемогипокарбии». Цель изобретения — сокращение сроков лечения, термин «гемогипокарбия» образован от латинских слов: *гемо* — кровь, *гипо* — в данном случае уменьшение ниже нормы, *карбия* — углерод. В описании указывается, что хотя данное изобретение относится к способам лечения низкого содержания углекислого газа в крови при бронхиальной астме, оно может быть также использовано и при лечении других заболеваний, связанных с наличием гемогипокарбии.

Способом лечения гемогипокарбии снижают вентиляцию легких в объеме, переносимом для пациента, контролируют уровень углекислого газа в выдыхаемом воздухе и поддерживают скорость его повышения не более 3—7 мм рт. ст. в день до уровня 45—55 мм рт. ст. Осуществляется это следующим образом.

В выдыхаемом пациентом воздухе измеряют концентрацию углекислого газа, и если уровень ее менее физиологической нормы (равной 45—55 мм рт. ст.), ограничивают дыхание пациента настолько чтобы скорость его повышения не превышала 3—7 мм рт. ст. за день. В описании приводится конкретный пример.

Указывается, что предлагаемое изобретение позволяет существенно (в 3—5 раз) сократить срок лечения бронхиальной астмы, отказаться от применения лекарственных средств и в силу этого избежать их побочного действия на организм, достигнуть длительной ремиссии и обеспечить возврат больных к обычному роду занятий.



Содержание кислорода и двуокси углерода в атмосфере и в живой клетке (по К. П. Бутейко)

В ЧЕМ СУТЬ ТЕОРИИ МЕТОДА

Она является дальнейшим развитием представлений о *гипервентиляционном синдроме*. Теория основывается на знаниях о грандиозной биологической роли CO_2 в жизнедеятельности человека и всего живого на Земле, на физиологических законах действия CO_2 . Обмен веществ живой клетки возник в те геологические эпохи, когда углекислота в воздухе и воде составляла десятки процентов. В процессе эволюции создавалась своя автономная воздушная среда в организме человека и высших животных, представленная альвеолярным пространством легких, где углекислого газа содержится около 6,5 %, а кислорода — на 7 % меньше, чем в окружающем воздухе. Очевидно, это предельно допустимая минимальная концентрация CO_2 , обеспечивающая нормальный обмен веществ в клетках.

Снижение уровня CO_2 в альвеолах (например, при углубленном дыхании) сдвигает рН крови, что изменяет активность ферментов и витаминов. Это изменение активности регуляторов обмена веществ нарушает нормальное протекание обменных процессов и ведет к патологии. Механизм вредного действия глубокого дыхания на организм через создаваемый им дефицит CO_2 доказан многочисленными экспериментами, начиная с работ известного физиолога Д. Гендерсона (1909 г.).

КАК ЗАМЫКАЕТСЯ ПОРОЧНЫЙ КРУГ

Для сохранения постоянства содержания CO_2 возникли следующие механизмы защиты от потери его:

- спазмы бронхов и сосудов;
- увеличение продукции холестерина в печени как биологического изолятора, уплотняющего клеточные мембраны в легких и сосудах;
- снижение артериального давления (гипотония), уменьшающее выведение CO_2 из организма.

Но спазмы бронхов и сосудов уменьшают приток кислорода к клеткам мозга, сердца, почек и других органов. А уменьшение CO_2 в крови, усиливая связь кислорода с гемоглобином крови, тем самым затрудняет поступление кислорода в клетки (*эффект Вериге — Бора*). Во всех случаях уменьшение кисло-

родного притока в ткани вызывает их кислородное голодание, т. е. гипоксию.

Кислородное голодание, достигнув определенной, угрожающей организму степени, может вызывать повышение артериального давления, увеличивающее кровоток через суженные сосуды для улучшения кислородного снабжения клеток жизненно важных органов.

Кислородное голодание тканей снижает и содержание кислорода в венозной крови, что ведет к расширению венозных сосудов, проявляется расширением вен на ногах с образованием варикоза, расширением геморроидальных вен, развитием геморроя и т. д. Уменьшение CO_2 в крови увеличивает свертывающую функцию крови, что в сочетании с замедлением тока крови в венах способствует развитию тромбозов.

И прежде всего кислородное голодание жизненно важных органов, достигнув определенной степени, возбуждает дыхательный центр, создавая в нем доминанту возбуждения, что еще больше усиливает дыхание. Возникает ощущение одышки, или недостатка воздуха, а это еще больше углубляет дыхание у глубокодышащих, замыкая порочный круг, т. е. положительную обратную связь, неуклонно усиливающую или углубляющую дыхание и прогрессирование всех указанных нарушений (болезни).

Уменьшение CO_2 , возбуждая нервную систему, создает чувство постоянного напряжения нервной системы, ведет к раздражительности, бессоннице, необоснованной мнительности, страхам, вплоть до обмороков. Одновременное усиление возбуждения дыхательного центра замыкает второй порочный круг циркуляции возбуждения в нервной системе, оказывающейся чрезвычайно чувствительной к внешним нервным воздействиям и стрессорным реакциям (при наличии нарушений обмена веществ и кислородного голодания нервных клеток).

Вот почему дефицит CO_2 в организме, вызванный, в частности, глубоким дыханием, поражает сильнее всего в первую очередь нервную систему. Различные сочетания нарушений в организме глубокодышащего человека проявляются чрезвычайно разнообразной индивидуальной симптоматикой больного глубоким дыханием. Отдельные симптомы болезни глубокого дыхания, такие, как бронхоспазмы, спазм сосудов сердца, повышение артериального давления или понижение его, обмороки с судорогами и т. д., традиционно выявляют как отдельные болезни: бронхиальная астма, стенокардия, гипертония, эпилепсия, чреватые известными осложнениями (склероз легких и сосудов, инфаркт миокарда, инсульт и т. д.). Таким образом, болезнь глубокого дыхания явля-

ется основным фактором преждевременной старости, дряхлости, инвалидности и смертности населения.

Таково физиологическое объяснение действия глубокого дыхания, обосновывающее и принцип ликвидации указанных нарушений, разработанный нами метод ВЛГД (волевой ликвидации глубокого дыхания), или волевой нормализации дыхания.

Отрицательные симптомы не наблюдаются, если даже уменьшить ниже нормы глубину дыхания, повысив CO_2 в организме выше нормы на 0,5—1 %. В этом случае появляется определенная сверхвыносливость у больных бронхиальной астмой, стенокардией, гипертонией и т. д., что мы регулярно наблюдаем на практике уже второе десятилетие.

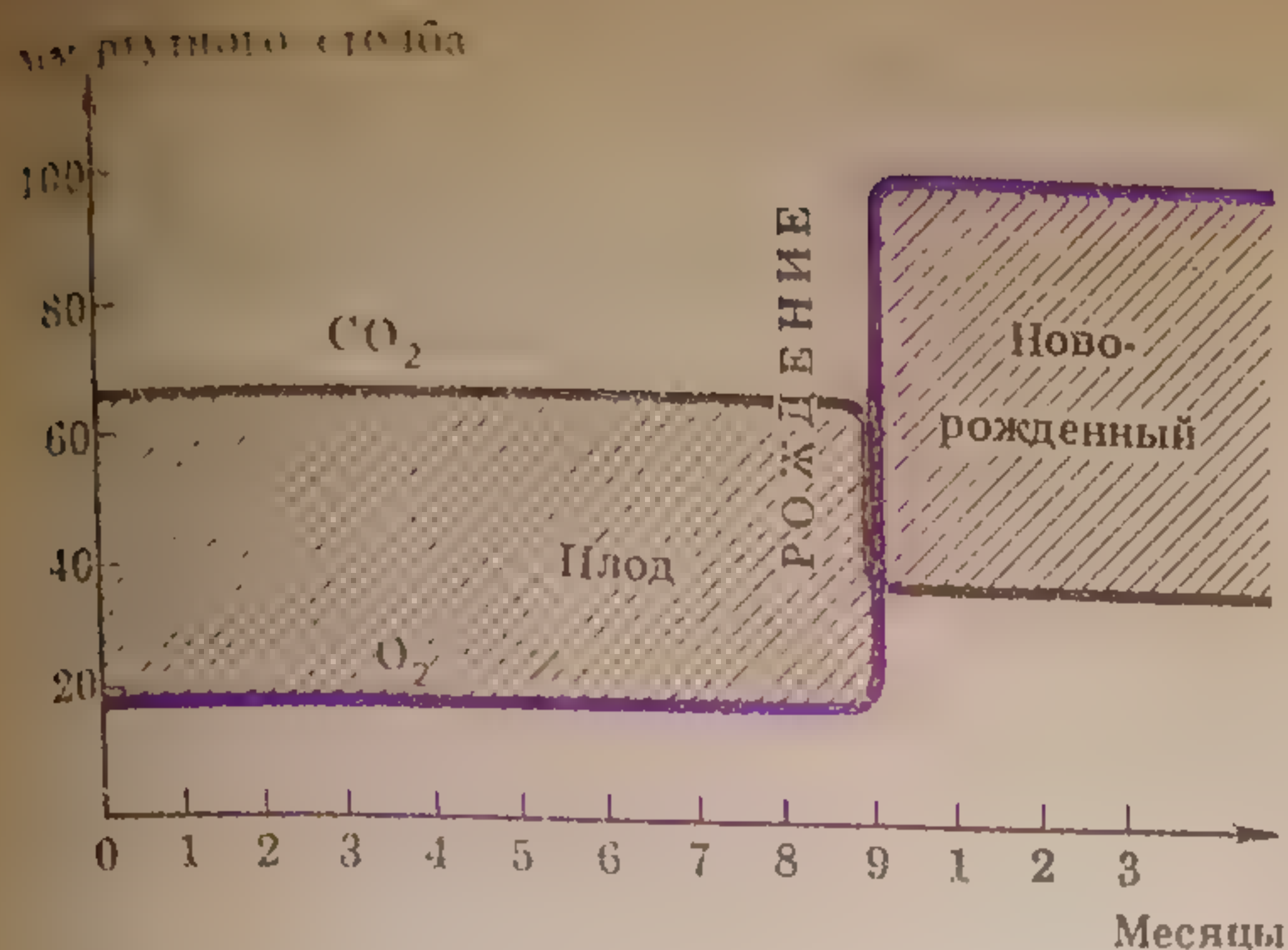
Фактически оказалось, что такие болезни, как астма, эпилепсия, гипертония, стенокардия, геморрой, экзема и т. д., являются симптомами болезни глубокого дыхания. Пришлось «синтезировать» эти симптомы в одну болезнь — болезнь глубокого дыхания. И в случае, когда эти болезни сочетаются, они одновременно поддаются излечению нашим методом.

КАКОВА ПРИЧИНА ГЛУБОКОГО ДЫХАНИЯ

Открыты основные факторы, которые углубляют дыхание, важнейший из которых, по моему мнению, — это пропаганда полезности глубокого дыхания. Современного человека начинают учить глубоко дышать еще до рождения, если учесть, что будущая мать в период беременности занимается глубоко-дыхательной гимнастикой.

Изучение кровообращения плода показало, что кислорода в его крови в 3—4 раза меньше (парциальное давление), чем у взрослого человека, а углекислоты — в 1,5 раза больше. И при рождении, при первых же двух-трех вдохах, резко повышается содержание кислорода в крови ребенка и уменьшается содержание углекислоты: он дышит. Известно также, что в старину в Европе и в особенности на Востоке новорожденных туго пеленали, и это считается просто обычаем в наши дни. Мне кажется, что они понимали, почему это делали. Люди знали, что на новорожденного ребенка резко влияет газовая среда, к которой надо привыкать постепенно, и делали все, чтобы ребенок не раздышался сразу. Даже веревками прикручивали новорожденного к дощечке, а наши бабушки накрывали коляску с младенцем пологом, и пеленали, и покрывали.

Существуют и другие факторы. Переда-



ние (особенно животных белков) резко усиливает дыхание. Заметим, что животные продукты усиливают дыхание больше, растительные — меньше (вареные овощи — больше, сырые — меньше).

Следующим фактором углубления дыхания является *ограничение подвижности, отсутствие физического труда, лень*. Физические нагрузки способствуют выработке углекислоты, повышению ее содержания в организме. Вот почему физический труд, спорт являются тренировкой уменьшения дыхания. Именно поэтому люди физического труда живут дольше и меньше болеют. Углубляет дыхание и постельный режим — горизонтальное положение (т. е. лежание, особенно на спине).

Больных надо укладывать на живот, чтобы давлением на грудную клетку, брюшной пресс и стенки живота уменьшить дыхание. Дети, особенно астматики, глубокодышащие дети сами переворачиваются на живот. И с ними годами борются родители: ребенок ложится на живот, голову под подушку, а его переворачивают. Он спасается, а ему не дают. Тяжело больным, пока не уменьшится дыхание, мы рекомендуем не ложиться, даже спать сидя (полулежа). Удлиненный сон также углубляет дыхание. Рекомендация больше спать и даже сонная терапия никого не излечивала, а к концу сна, около 5 часов утра, наступают приступы.

Также углубляют дыхание *чрезмерные эмоции, положительные и отрицательные, перегревание, душные помещения*. И наоборот, соответственно душевный покой, закаливание, холод уменьшают дыхание. Усугубляют дыхание половые излишества, половые извращения. Воздержание уменьшает дыхание.

Итак, оказалось, что привычки типа больше отдыхать, больше лежать, больше спать, больше питаться, больше употреблять животных белков, курить, переседать, употреблять алкоголь усиливают дыхание. И наоборот, выявилась полезность разумно-

го аскетизма: меньше отдыхать, меньше спать, меньше развлекаться, не развращаться и больше работать физически, работать до пота, так как с потом удаляются многие яды из организма.

ДЫХАНИЕ, ЖИЗНЬ, БОЛЕЗНЬ

Если восточная медицина, в частности, трактат «Чжуд-ши», начинается не с описания болезней, а с обоснования теории жизни, раскрывая *вначале древо жизни, а потом уже древо болезни*, то в западной медицине теория жизни необоснована, да и теории просто нет. Есть теория эволюции жизни, которую можно поставить в основание теории жизни. Вот почему приходится разрабатывать и теорию жизни.

Собственно, обоснование теории моего метода можно начать с истории сотворения мира. Теория жизни зиждется на том, что углекислый газ — основа питания всего живого на Земле, главный регулятор всех функций в организме, его среда и регулятор активности всех витаминов и ферментов. Если его не хватает, в частности, при глубоком дыхании, то витамины и ферменты работают плохо, неполноценно, ненормально. В результате этого нарушается процесс обмена веществ, а это и ведет к аллергии, раку, отложению солей и т. д.

До сих пор в западной медицине нет и общей теории болезни. Болезнью можно считать такое состояние, когда жизненно важные константы отклоняются от нормы в ту или иную сторону. Собственно говоря, диагностика и основана на этом принципе: заменяются основные параметры — температура, давление и т. д. — жизненно важные константы, и в случае их даже слабого отклонения выявляется болезнь. Только эта идея не доводится до конца: чтобы болезнь вылечить, нужно эти константы вернуть к норме.

Метод ВЛГД заключается в том, что предлагается замерить дыхание больных, имеющих названные болезни, тогда и будет доказано, что у них **глубокое дыхание, гипервентиляция, дефицит CO_2** — то, что было выявлено в наших работах. Вот почему предлагается *уменьшить дыхание* (в частности, **глубину дыхания**) до нормы, с тем чтобы повысить уровень CO_2 до нормы, т. е. стандартов, которые известны в каждой поликлинике, в каждой лаборатории функциональной диагностики. Вот в чем, собственно говоря, заключается логичность предложения и его научная обоснованность, доказательность и безвредность моего метода.

Как это затрагивает различные стороны человеческой жизни?

Общепринято глубже дышать, больше лежать, спать, переедать и т. д. Но принципы эти выражают собой алчность. Кому присуща алчность? Мошенникам, бездельникам, бандитам, садистам, т. е. деградирующим элементам человеческого общества. Если же человечество стоит на принципах разумного аскетизма, то устраняется возможность появления и существования подобных отрицательных элементов. Нет сомнения в том, что человек, здоровый морально, не может быть ни преступником, ни садистом, ни алкоголиком, ни наркоманом. И поэтому преступность, пьянство, наркомания исчезнут или уменьшатся, если встать на позиции такого аскетизма.

ЧИТАЙТЕ

подписной ежемесячник

«ТВОЯ ПРОФЕССИЯ»

ИНДЕКС ПОДПИСКИ 70061

Стоимость подписки
на год (12 выпусков)
2 р. 40 к.



ЧТО НАДО ЗНАТЬ МЕТОДИСТУ ВЛГД

От редакции. В области популяризации медицинских знаний складывается парадоксальная ситуация, когда самообразование, призванное усилить и сделать более эффективным взаимодействие пациента с врачом, все в большей мере используется для самолечения. Сегодня этот шаг — между самообразованием и самолечением — делают многие читатели, не понимая, что реальность отделяет одно от другого поистине гибельной пропастью.

Исключения не составило и повальное увлечение дыханием по Бутейко (так озаглавлены ходящие по рукам машинописные тексты с описанием метода ВЛГД). Знакомство с подобным самиздатом вызывает тревогу у врачей и специалистов, отвечающих за здоровье людей. Дело даже не в том, что тексты подобных перепечаток отличаются от подлинника, а зачастую потрясающе безграмотны. Полная бесконтрольность самолечения и недоверие к лечащему врачу — вот что рождает подобный «источник истины», а за доверчивость расплачивается сам больной. Как же разомкнуть порочный круг?

Прежде всего надо исключить пользование такими источниками. Только познакоившись с подлинной методикой, начинаешь понимать всю ее неоднозначную тонкость в применении, необходимость обучения и опыта, врачебного контроля. Ведь и дрова пилить и колоть умеючи не просто, а без соответствующих навыков и тяжело, и небезопасно. Убедиться в этом может каждый, кто прочтет публикуемую ниже в изложении методику ВЛГД (сокращенный вариант), предназначенную методисту, занимающемуся с пациентом под контролем врача.

О глубокодыхательной пробе

Проведение пробы. Перед началом обучения методу ВЛГД обязательно проведение глубокодыхательной пробы (Врачебное дело. — 1968. — № 4). Суть ее заключается в том, что обучающийся по команде изменяет глубину дыхания (увеличивает или уменьшает ее).

Если у обучающегося в данный момент имеются выраженные признаки болезни (статус астматика, головные боли у гипертоника, боли под ложечкой у больного язвенной болезнью, зуд кожи у больного экземой и т. д.), то ему предлагается уменьшить глубину дыхания по методу ВЛГД до исчезновения или уменьшения симптомов болезни, о чем следует информировать обучающего (методиста ВЛГД). При этом надо зафиксировать время, которое понадо-

билось для уменьшения или снятия соответствующего симптома, что происходит обычно при правильном выполнении методики уменьшения глубины дыхания — в течение 3—5 минут.

Затем пациенту предлагается углубить дыхание в два-три раза, но не максимально (чтобы не получить неправильную пробу), и зафиксировать время возвращения симптомов, после чего снова предлагается снять приступ или симптом методом ВЛГД. Если обучающийся не усваивает метода ВЛГД, не может управлять дыханием (что бывает крайне редко, в основном у психически больных взрослых и детей до 3 лет), то он не подлежит лечению этим методом.

Во время проведения пробы необходимо следить за изменением пульса (насколько учащается при глубоком дыхании и становится реже при применении метода ВЛГД). Если пульс резко учащается (больше чем на 30 % от исходного) или становится мягким (снижается артериальное давление), то пробу надо прекратить, чтобы избежать пароксизмальной тахикардии или обморока, к чему может привести слишком продолжительное (более 3 минут) глубокое дыхание.

Оценка пробы. Ее следует считать положительной, если состояние пациента при углублении дыхания ухудшается, а при уменьшении — улучшается. Положительную пробу следует считать специфической, если глубокое дыхание вызывает главные симптомы болезни (у астматика — это приступ бронхиальной астмы, у больного стенокардией — приступ стенокардии и т. д.), и неспецифической, если у больного возникают другие отрицательные симптомы (у

астматика — головокружение, у больного стенокардией — слабость, тяжесть в ногах и т. д.).

Что касается отрицательной пробы (когда глубокое дыхание улучшает состояние, а уменьшение дыхания — ухудшает), за более чем четверть века применения глубокодыхательной пробы она не встречалась ни разу.

Проба не должна проводиться, если больной недавно принял бронхо- и сосудорасширяющие, а также другие средства. Как уже отмечалось, без предварительного проведения глубокодыхательной пробы применение метода ВЛГД категорически недопустимо, так как без нее обычно не удастся убедить больного, что причиной болезни является глубокое дыхание.

контрольной, волевой
максимальной паузах

Содержание углекислого газа (CO_2) в легочных альвеолах определяется по таблице в соответствии с контрольной паузой (КП), т. е. задержкой дыхания после естественного выдоха. Измерение пульса, максимальной и контрольной пауз желательно производить в стандартных условиях, в одно и то же время суток (утром и вечером), после 10-минутного отдыха для выравнивания дыхания.

Измеряется контрольная пауза сидя. Необходимо сесть в удобную позу, принять правильную осанку, для чего подтянуть живот, затем полностью его расслабить, не теряя при этом осанки, поднять зрачки вверх, не поднимая головы. Сидеть на пятках или по-турецки (полулотос, лотос), а губы

Критерии вентиляции легких

Состояние организма	Сверхвыносливость					НОРМА	Болезнь							
							Глубокое							
	Поверхностное						I	II	III	IV	V	VI	VII	
Форма дыхания	V	IV	III	II	I	O	I	II	III	IV	V	VI	VII	
Степень нарушения														
СО ₂ в альвеолах:														Г р а н и ц а
%	7,5	7,4	7,3	7,1	6,8	6,5	6,0	5,5	5,0	4,5	4,0	3,5		
мм рт. ст.	54	53	52	51	48	46	43	40	36	32	28	24		
КП освоивших ВЛГД или МП начинающих (в секундах)	180	150	120	100	80	60	50	40	30	20	10	5		
МП освоивших ВЛГД	210	190	170	150	120	90	75	60	50	40	20	10		ж и з н и
Пульс в минуту	48	50	52	55	57	68	65	70	75	80	90	100		

сложить трубочкой (слегка надув). Полезно использовать следующее мнемоническое правило правой руки соответственно числу пальцев (начиная с большого):

удобная поза...
 правильная осанка...
 зрачки вверх...
 сесть на пятки или по-турецки...
 губы трубочкой (слегка надуты).

Правило правой руки применяется при измерении контрольной и максимальной пауз, а также в течение тренировки по методу ВЛГД. Расслабление дыхательных мышц повлечет за собой естественный, ненасильственный выдох. В конце выдоха двумя пальцами несильно зажать нос, зафиксировать по секундной стрелке время начала задержки, поднять глаза вверх и не дышать до первой трудности (до легкого недостатка воздуха), что определяет легкую (контрольную) часть задержки дыхания.

Если задержать дыхание больше до предельной трудности, можно определить волевую паузу (это время от появления первой трудности до предельной трудности), при этом рот должен остаться закрытым. Когда закончится волевая пауза (ВП), следует зафиксировать время.

Сумма времени контрольной и волевой пауз составляет максимальную паузу (МП). В дальнейшем необходимо измерять только контрольную паузу и по ней определять уровень CO_2 (по таблице). Волевая и максимальная паузы измеряются только для специальных целей, например при беге трусцой.

Правильное измерение контрольной и волевой пауз не должно вызывать глубокого дыхания. Если же глубокое дыхание выявилось, то это значит, что большой слишком затянул паузу и этим сделал ошибку.

Нельзя забывать, что пауза не лечит, а только измеряет дыхание.

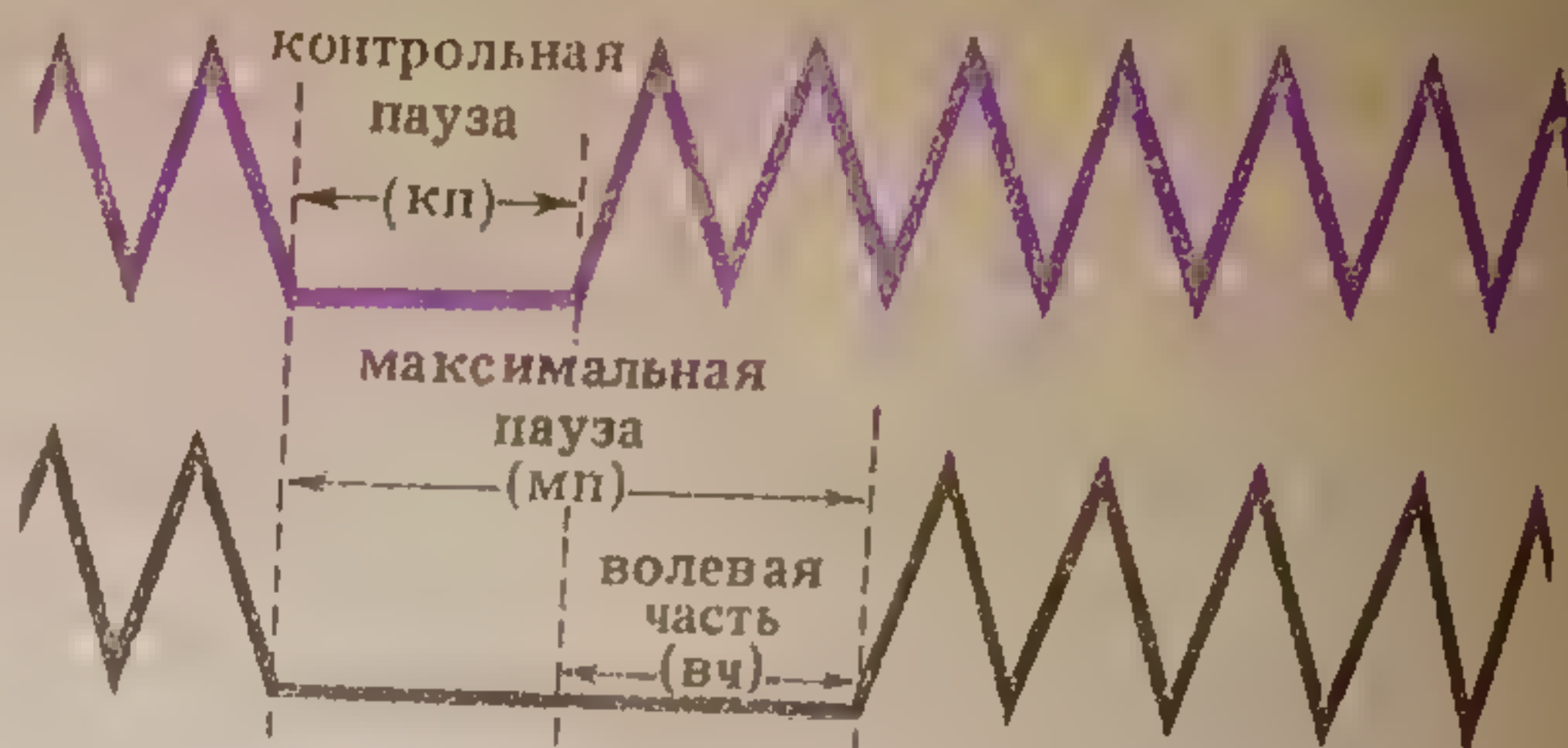
Контрольная пауза определяет глубину дыхания (альвеолярную гипервентиляцию) по следующей форме: глубина дыхания в процентах равна результату деления стандартной контрольной паузы здорового человека (эта величина равна 60 с) на контрольную паузу, умноженному на 100. Например, контрольная пауза равна 15 с, отсюда

$$\text{глубина дыхания} = \frac{60}{15} \cdot 100 = 400 \%$$

Это означает, что глубина дыхания увеличена в 4 раза по сравнению с нормой, т. е. в каждом вдохе (а их в среднем за сутки 40 тыс.) вдыхается воздуха в 4 раза больше нормы.



ИЗМЕРЕНИЯ: кп, мп, гд.



О показаниях и противопоказаниях

Наличие гипервентиляции (глубокого дыхания, дефицита CO_2 в легочных альвеолах) и как следствие наличие симптомов болезни глубокого дыхания является показанием.

Противопоказания (относительные):

психические заболевания и умственные дефекты, не позволяющие обучаемому понять, что причиной его болезни является глубокое дыхание, и освоить метод ВЛГД;

заболевания, угрожающие кровотечением, инфекционные заболевания в остром периоде (обострение хронического тонзиллита и др.), состояние больного в стадии ремиссии (межприступный период болезни), очаговая инфекция на корнях зубов.

О подготовке к обучению методу ВЛГД

Для применения метода ВЛГД необходима тщательная подготовка, за исключением тех случаев, когда способ должен применяться как экстренная помощь. Метод ВЛГД не следует сочетать с другими методами лечения: больной должен закончить их курс либо убедиться в их неэффективности.

Исключение составляют лекарства, используемые при симптоматических способах лечения (например, для снятия приступа бронхиальной астмы, гипертонического криза и т. п.), которые в уменьшенной в 2—3 раза дозе могут применяться в первый период обучения методу ВЛГД, пока больной не полностью освоил метод для снятия приступа.

Необходимо особо сказать о тактике отмены гормональных препаратов (например, у больных бронхиальной астмой следует путем уменьшения или увеличения дозы гормона найти минимальную дозу, на кото-

ной в течение недели проявляются симптомы, которые уже легко снимаются методом ВЛГД.

Обязательны: полное обследование больного, измерение частоты пульса, контрольной паузы (КП) и максимальной паузы (МП), определение минутного объема дыхания (МОД), глубины дыхания (содержания CO_2 в легочных альвеолах) соответствующими приборами либо по таблице.

О методе ВЛГД

Метод ВЛГД заключается в постепенном уменьшении глубины дыхания путем расслабления дыхательной мускулатуры (диафрагмы) до появления ощущения недостатка воздуха и постоянного сохранения этого ощущения на протяжении всей тренировки.

Для облегчения запоминания применяется мнемоническое правило левой руки, состоящее из пяти пунктов (соответственно пальцам, начиная с большого):

- уменьшение (I)...
- глубины (II)...
- дыхания (III)...
- расслабление диафрагмы (IV)...
- до недостатка воздуха (V)...

Пятый пункт является наиболее важным и сложным методически, требующим тщательного разъяснения методистом ВЛГД. Существуют три степени интенсивности тренировки:

легкая (контрольная), во время которой ощущение недостатка воздуха такое же, как в конце контрольной паузы;

сильная (максимальная), во время которой ощущение недостатка воздуха такое же, как в конце максимальной паузы;

средняя — промежуточное ощущение.

Интенсивность тренировки меняется под контролем методиста ВЛГД в зависимости от тяжести симптомов, которые снимаются методом ВЛГД, тяжести болезни и необходимой срочности исправления дыхания. При правильной тренировке после нее КП и МП становятся больше, чем до тренировки (примерно на треть).

Об этапах освоения метода

Метод ВЛГД может применяться в любой позе, в любых условиях (лежа, сидя, стоя, в движении), но обучаться методу целесообразно сидя, в удобной позе. Освоение метода ВЛГД следует разделить на этапы.

Усвоение теории

Прежде всего обучаемый должен твердо усвоить положения теории болезни глубокого дыхания. Напомним, что глубокое дыха-

ние чрезмерно удаляет из организма углекислый газ и создает тем самым дефицит CO_2 в организме. Организм защищается от чрезмерного удаления CO_2 , суживая, уменьшая просвет каналов, по которым выделяется CO_2 из организма, а так как по этим каналам (бронхи, сосуды и т. д.) поступает кислород, то сужение их вызывает уменьшение притока кислорода к клеткам (мозга, сердца и т. д.), т. е. глубокое дыхание создает кислородное голодание организма.

Таким образом, здесь действует четкий физиологический механизм: чем глубже дышишь, тем меньше кислорода поступает в ткани организма. Кислородное голодание организма способствует появлению ложного ощущения недостатка воздуха, что вызывает усилия больного еще больше углубить дыхание. И чем глубже больной дышит, тем сильнее он задыхается, т. е. замыкается порочный круг.

Методика способа ВЛГД на первом этапе пациенту не объясняется, если речь идет не об экстренном спасении больного.

Для изучения теории пациенту дается от 1 до 3 суток, после чего проверяется усвоение теории, оцениваемое по пятибалльной системе. Замечена прямая зависимость между степенью усвоения теории и лечебным эффектом. Сообразительные люди сами начинают уменьшать глубину дыхания и получают облегчение.

О снятии симптомов болезни

Использовать метод могут те, кто прошел глубокодыхательную пробу и усвоил теорию на «отлично», не усвоившие продолжают ее изучать.

Пациенту, который освоил глубокодыхательную пробу, хорошо понял теорию и научился определять глубину дыхания при помощи контрольной паузы (КП), предлагается применять метод ВЛГД только при наличии симптомов болезни или приступов для их снятия.

При удовлетворительном состоянии больной не должен применять метод ВЛГД. Умение снимать симптомы является главным показателем освоения метода ВЛГД.

Больной обязан заполнять дневник ВЛГД со следующими показателями:

- перечислить все симптомы болезни;
- перечислить все лекарства и методы лечения, ранее применявшиеся, и эффект от них;
- перечислить все лекарства и методы, которые использовал непосредственно перед началом применения метода ВЛГД;
- записать результаты глубокодыхательной пробы;
- ежедневно вести дневник самочувствия, где указываются дата, время измерения, частота пульса в минуту, КП, МП, са-

мочувствие и время, за которое снимались симптомы болезни;

после освоения метода ВЛГД *написать отзыв* о его применении.

Измерение показателей производится 2 раза в день: утром и вечером перед сном. На втором этапе больной может находиться 2—3 дня или оставаться всю жизнь, если нет возможности контролировать его методистом, прошедшим специализацию по методу ВЛГД.

О предупреждении симптомов болезни

Если больной усвоил теорию и методику ВЛГД и снимает симптомы болезни (приступ) не более чем за 10 мин, что подтверждает освоение метода, он переводится на третий этап. Ему разрешается следить за дыханием и при углублении дыхания до появления симптомов болезни применять метод ВЛГД для их предупреждения. При этом он должен перед применением метода и после измерить все три показателя (частоту пульса, контрольную и максимальную паузы) и записать в дневник.

Постоянная тренировка методом ВЛГД

На четвертом этапе больному разрешается постоянно следить за дыханием и применять метод ВЛГД, даже если состояние удовлетворительное.

Этот этап является достаточным для полной нормализации дыхания, уровня CO_2 в альвеолах у большинства больных, увеличения контрольной паузы до нормальной, урежения пульса иногда до 50 ударов в минуту.

Если на четвертом этапе у больного не наблюдается уменьшение глубины дыхания (при отсутствии ошибок в тренировке), а симптомы болезни возвращаются, больные переводятся на пятый этап.

О проверке правильности тренировки

На пятом этапе выполняются все требования этапа 4 и, кроме того, методист ВЛГД проводит проверочные тренировки дыхания по 20—30 мин с замером волевой паузы (ВП) через 3—5 мин. Чем тяжелее состояние больного, тем реже измеряется ВП.

Измерение ВП в течение контрольной тренировки — динамика волевой паузы — более точно выявляет ошибки в методике. Весь период контрольной тренировки (20—30 мин) измерения волевой паузы на фоне постоянного недостатка воздуха записываются в дневник. А перед началом и после тренировки пациент замеряет все три показателя (частоту пульса, контрольную и волевую паузы) и записывает их в дневник.

Возможны три варианта оценки проверочной тренировки:

если больной не усвоил методику и не уменьшает дыхания, тогда все ВП до, после и во время тренировки будут примерно одинаковы;

если больной не уменьшает, а углубляет дыхание, тогда вторая и третья ВП будут больше исходной настолько, насколько углублено дыхание, а дальше паузы будут уменьшаться (так как нарастает кислородное голодание от глубокого дыхания и больной вызывает приступ болезни);

тренировка правильная, если больной уменьшает глубину дыхания, тогда вторая ВП будет меньше первой (замеренной до занятия в свободном дыхании) настолько, насколько уменьшится глубина дыхания.

Что надо знать о третьем случае? Если больной глубину дыхания уменьшил в 2 раза, то и волевая пауза уменьшится в 2 раза. Это очень сильная тренировка, и пациенту трудно тренироваться долго. Дыхание будет срываться, будут прорываться глубокие вдохи. Если же вторая волевая пауза меньше исходной на $\frac{1}{3}$ — значит, пациент уменьшил глубину дыхания на одну треть. Это хорошая, интенсивная тренировка дыхания, на ней можно продолжать тренировку 15—20 мин.

Наконец, если глубина дыхания уменьшилась на $\frac{1}{4}$ (ВП уменьшается на $\frac{1}{4}$) — это относительно легкая тренировка, и пациент может ее продолжать до 30 мин и дольше. Во всех случаях если больной тренируется правильно и дыхание уменьшается, то третья и четвертая паузы будут увеличиваться. Объясняется это тем, что накапливается кислород в тканях, дыхательный центр адаптируется к увеличивающемуся количеству CO_2 в крови, и ВП после 20—30 мин тренировки будет больше, чем до тренировки, на 20—50 %.

Наблюдая за динамикой ВП во время тренировки, можно определить, сколько нужно тренироваться. Тренироваться следует до тех пор, пока идет рост ВП. Как только наступает усталость, ВП начинает уменьшаться, тренировку следует прекратить.

При сильной тренировке пациент быстро устает, и снижение пауз в этом случае наступает через 15 минут, а при средней интенсивности тренировки — через 20—30 мин, при слабой — через 40 мин. Так как эти одномоментные тренировки форсируют уменьшение глубины дыхания, количество их следует назначать индивидуально в зависимости от состояния и намеченных сроков излечения.

Обычно эти тренировки проводятся утром и перед сном. Утром — чтобы сразу уменьшилось глубокое дыхание после сна, а вечером — чтобы пациент уснул с максимальным дыханием и чтобы оно меньше

уменьшалось к утру, не вызывало приступа. Предлагаются также тренировки, если возникают симптомы болезни днем, но в этих случаях особенно тщательно напоминают пациенту, что ВЛГД только проверяет дыхание, чтобы он не забывал об основе — постоянном уменьшении глубины дыхания.

По мере нормализации дыхания и ликвидации болезни количество тренировок можно уменьшить. Если пациент выведен из тяжелого состояния и приступы болезни прекратились, интенсивность тренировок можно уменьшить, потому что торопиться уменьшить дыхание в принципе надо только в первый период: чтобы прекратить разрушительное действие глубокого дыхания на организм — спасти больного, остановить болезнь. А далее, чем медленнее идет нормализация дыхания, тем больше времени для перестройки процессов организма и менее выражено тогда проявляются реакции очищения.

То есть необходимо соблюдать принцип «от добра добра не ищут». Если состояние лучше, тренируются поменьше, хуже — тогда больше. А больные, как правило, делают наоборот: получив быструю ликвидацию основных симптомов болезни, начинают всеми силами «нажимать» на тренировки, вызывая тем самым преждевременные реакции перестройки, что отбрасывает их назад, т. е. и тут алчность порочна.

О тренировке с нагрузкой

Те, кто освоил методику дыхания сидя, могут применять нагрузку, т. е. постоянно тренироваться в медленной и быстрой ходьбе, в беге трусцой (согласно приведенной ниже методике).

Физическую нагрузку и тренировку в ходьбе можно назначить на любом этапе, если контрольная пауза достигла 20 секунд и ликвидировались основные симптомы болезни. Чем меньше глубина дыхания, тем большую нагрузку можно назначить при условии, что не срывается дыхание и КП после нагрузки становится больше, чем до нее. Если же КП после нагрузки уменьшается — это свидетельствует о чрезмерной нагрузке.

Физические нагрузки нужно уменьшать заранее также, если в какой-нибудь из дней занятий выявится, что КП (до нагрузки) меньше обычной.

О тактике поведения во время реакции очищения

Примерно у трети пациентов эти реакции проходят более или менее безболезненно и почти незаметно. Методист ВЛГД должен предвидеть начало реакции и объяснить,

когда она наступит и как себя вести. Обычно это делается после объяснения методики ВЛГД, так как выздоровление иногда начинается уже через несколько часов от начала тренировки дыхания.

Опытный методист, прошедший специализацию по методу ВЛГД, может довольно точно предсказать характер реакции очищения. В основном она напоминает симптомы болезни, действуют те каналы очищения, которые выявились во время болезни: у астматика — выделение мокроты, при хроническом насморке — выделения из носа и т. д.

Методист ВЛГД должен настроить больного, чтобы не пугался, а радовался выздоровлению, не прекращал бы тренировку дыхания и пытался снимать симптомы методом ВЛГД. Если в некоторых случаях симптомы не снимаются, а усиливаются от тренировок, это говорит об ускорении реакции и показывает, что в данный момент не следует усиливать тренировку (но нельзя и прекращать полностью, иначе дыхание углубится, реакция очищения не завершится). Если глубина дыхания вернется к исходному уровню, то вновь начнется болезнь.

Это в первую очередь касается головной боли, боли в области сердца, печени и т. д., связанных с дефицитом ионов натрия, калия, реже других солей (магния, кальция, фосфора), которые были удалены из организма при глубоком дыхании. Поэтому методист ВЛГД может рекомендовать прием солей: хлористого натрия ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ чайной ложки), калия (1 г) или сульфата магния (2 г) на стакан воды, пить маленькими глотками до исчезновения или ослабления симптомов, чайную ложку мела, 2—3 таблетки глицерофосфата кальция (разжевать) и т. д.

При повторении таких симптомов, если соли не снимают их, назначаются соответствующие лекарства, которые ранее снимали эти симптомы, но уже в половинной дозе. Больной должен ограничить физическую нагрузку, стараться больше быть на свежем воздухе, правильно питаться, не ограничивая прием жидкости (желательно добавить минеральную воду).

Нетяжелым больным с заболеваниями верхних дыхательных путей, особенно астматикам, показана паровая баня, лучше сауна (не забывать при этом о методе ВЛГД).

Необходимо помогать организму во время реакции очищения: при появлении тошноты выпить теплой воды (с добавлением питьевой соды из расчета 1 г на 1 л и поваренной соли 2 чайных ложки на 1 л) и вызвать рвоту, а при отсутствии послабления кишечника воспользоваться слабительным или клизмой с теплой водой (1—2 л), горячим душем (сидя), ванной (при удов-

летворительном состоянии сердечно-сосудистой системы) и т. д.

После реакции очищения наступает или значительное улучшение состояния здоровья, или полное выздоровление, если дыхание нормализовалось, о чем свидетельствуют показатели КП.

О поведении после излечения

Больной после излечения не должен забывать о сути причины его болезни (глубокое дыхание), и даже когда дыхание нормализовалось, обязательно проверять контрольную паузу утром, после сна, и вечером, чтобы избежать возвращения глубокого дыхания. Если КП уменьшается и становится ниже нормы, необходимо возобновить или усилить тренировку.

МЕТОДИКА ТРЕНИРОВКИ БЕГА ТРУСЦОЙ

Показания: дефицит CO_2 в легочных альвеолах и недостаточность физической нагрузки (сидячий образ жизни).

Противопоказания:

отсутствие постоянного контроля методиста ВЛГД;

дефекты в двигательном аппарате;

выраженная недостаточность жизненно важных органов (сердца, печени, почек и т. д.);

период заболевания и восстановительный период при острых инфекциях, инсульте, инфаркте и т. д.;

слишком глубокое дыхание (резко повышенная гипервентиляция), ощущение одышки в покое и ходьбе, снижение CO_2 в легочных альвеолах ниже 5 %;

другие противопоказания, устанавливаемые методистом ВЛГД.

Этап первый

1. Обучение измерению CO_2 (в легочных альвеолах) по контрольной паузе с помощью секундомера и измерению частоты пульса.

2. Обучение ведению дневника занятий, в котором указываются:

дата;

время тренировки;

продолжительность бега;

частота пульса;

частота дыхания;

максимальная пауза (МП) после выдоха до тренировки;

МП после тренировки в первую минуту, в 5-ю, 10-ю и 15-ю минуты отдыха в ходьбе или сидя;

самочувствие, симптомы до и после тренировки.

При неустойчивом артериальном давлении желательно также регистрировать его до и после тренировки, а также в 5-ю, 10-ю, 15-ю минуты во время отдыха.

Если бег трусцой продолжается более 5 мин, желательно определение максимальной паузы во время бега через каждые 5 мин.

3. Обучение правильной осанке стоя, в ходьбе и в беге. Для этого необходимо встать у вертикальной поверхности (стена без плинтуса). Затылок и плечи, крестец должны одновременно касаться вертикальной поверхности. Центр тяжести ближе к пяткам. Голова и туловище должны держаться так, чтобы между плоскостью стены и шейным и поясничным изгибами позвоночника было не более толщины ладони (3—4 см). Живот слегка втянут и при этом должны быть расслаблены по возможности те мышцы, которые в беге и статике непосредственно не участвуют.

Руки согнуты в локтях до угла, удобного тренирующемуся (80—140°). Смотреть прямо, так, чтобы в нижнем поле зрения видеть впереди на расстояние 1—2 м. Дыхание только носом, и если оно становится недостаточным, надо прекратить бег. У лиц с хроническим насморком (заложенность носа), не позволяющим дышать носом, необходимо предварительно тренировать дыхание методом ВЛГД до восстановления свободного носового дыхания.

Одежда и обувь не должны стеснять движения!

Перед началом бега необходимо пройти 2—5 мин ускоренным шагом, соблюдая правильность осанки и дыхания носом. При учащении пульса более чем на 20 % от исходного и невозможности дышать только носом бег начинать нельзя. Только когда быстрая ходьба проходит нормально, можно начинать бег. При беге основную тяжесть следует переносить на пятки, а не на носки.

Следует добиваться приятного встряхивания всего тела при каждом толчке ногой, что является полезным массажем внутренних органов. Бежать вначале надо как можно медленнее (но не на одном месте), чтобы скорость бега не превышала обычную скорость пешехода.

Бег дозировать только временем, показаниями пульса, носового дыхания, максимальной паузой и самочувствием, а не расстоянием. Во время бега пульс не должен учащаться более чем на 20 %, а максимальная пауза — не менее 5 сек. Должны сохраняться легкое носовое дыхание и хорошее самочувствие, в противном случае необходимо прекратить бег и учиться правильной быстрой ходьбе. В принципе приме-

нение данной методики допустимо для больных с той разницей, что им бег заменяется быстрой ходьбой.

Этап второй

Следует выяснить время, в течение которого не наступает превышения указанных критериев, т. е. частота пульса не увеличивается более чем на 20 %, сохраняется максимальная пауза в беге не менее 5 секунд, отсутствуют перебои пульса, сохраняются легкое носовое дыхание и хорошее самочувствие. Это время (от нескольких десятков секунд до нескольких минут и даже часов в зависимости от тренированности, тяжести болезни, возраста и т. д.) является ориентиром. Далее в течение определенного периода надо контролировать это время, занимаясь бегом, обучаясь соблюдать осанку и все другие условия.

Лишь когда это время стабилизируется, можно начинать увеличивать нагрузку бега, но не более чем на 25 % в первые 3—5 дней, а затем не более чем на 10% в день (при этом следует строго следить за указанными критериями). Если критерии не выполняются, необходимо немедленно прекратить бег. Нет ничего безрассуднее и опаснее, чем наобум взятое и шаблонное наращивание время бега, что к сожалению, широко практикуется и описывается в популярных брошюрах.

Необходимо избегать резкого увеличения потливости (в этом случае следует прекращать бег) и последующего медленного охлаждения. Необходима осторожность в последующих водных процедурах, которые тоже являются дополнительной нагрузкой на кровообращение. Предпочтительнее душ приятной температуры (теплый), сидя непродолжительное время под контролем пульса.

Советы и рекомендации

Освоившим метод ВЛГД во время бега следует соблюдать основные требования методики ВЛГД, учитывать, что максимальная пауза в беге по сравнению с максимальной паузой сидя сокращается примерно в 2 раза. Также следует соблюдать контроль за критериями бега и прекращать его по тем же показателям.

Возникающие при этом вопросы следует разрешать с методистом ВЛГД. Лицам, не владеющим методом ВЛГД, не следует преднамеренно углублять, урезать или как-то по-другому изменять дыхание, а надо предоставить его саморегуляции.

После тренировки обычно наблюдается снижение аппетита, что важно рассматри-

вать как положительный эффект, не стремиться есть, пока не появится легкое чувство голода. Лучше выпить по желанию что-нибудь по вкусу — минеральную воду, просто воду и т. д.

В случае снижения тяги ко сну, те кто занимается вечером, не должны считать это за бессонницу и заставлять себя уснуть. Лучше потратить появившееся время и высвободенную энергию на что-то полезное.

Лицам, у которых КП меньше 20 с, следует вначале повысить CO_2 до уровня 4,5 % методом ВЛГД (КП равна 20 с) и только потом начинать тренировку бега трусцой.

Если время бега окажется слишком коротким (меньше 2—3 минут), то тренировки можно повторять 2—3 раза в день. Общее время бега трусцой необходимо согласовывать с методистом ВЛГД в зависимости от состояния здоровья и поставленных задач, а также учитывая общую дневную физическую нагрузку. В среднем время бега трусцой оказывается оптимальным в границах от 30 до 60 мин за сутки, а умеренная физическая нагрузка, включая ходьбу, в среднем возрасте должна продолжаться на свежем воздухе не менее 2—3 ч.

По мере увеличения возраста в принципе это время должно увеличиваться, так как нахождение в закрытом помещении без физической нагрузки может переносить только здоровый и молодой организм. Чем старше человек и чем тяжелее он болен, тем дольше он должен находиться на свежем воздухе и больше двигаться, т. е. соблюдать оптимальную долю физической нагрузки (не заменимой никакими витаминами). Величина нагрузки устанавливается строго индивидуально, под наблюдением методиста ВЛГД.

○ ○ ○



ЧИТАТЕЛЮ НА ЗАМЕТКУ

Рассказывает, заслуженный врач СССР
Анатолий Иванович РЕЗНИЧЕНКО

ПОМОГАЕТ РИД-2

При хронических бронхитах и бронхиальной астме развивается нарушение бронхиальной проходимости в результате спазма бронхов или понижения их тонуса (трахеобронхиальная дистония), проявляющееся приступами удушья, кашлем с трудно отделяемой мокротой, одышкой при физических нагрузках.

Длительный кашель, частые приступы удушья приводят к неравномерности легочной вентиляции, к повышенному расходованию энергетических запасов и быстрому истощению дыхательных мышц, в первую очередь диафрагмы.

Кроме того, может развиваться *гипокапния* (уменьшение углекислого газа в крови), которая приводит к ослаблению у больных сердечных сокращений, угнетению сосудодвигательного и дыхательного центров, снижению артериального давления, уменьшению скорости кровотока, вызывая кислородное голодание нервных центров и снижение вентиляции легких.

Учащение дыхания усиливает приступы удушья в результате понижения порога

возбудимости нервной системы, реагирующей приступами удушья даже на слабые раздражители.

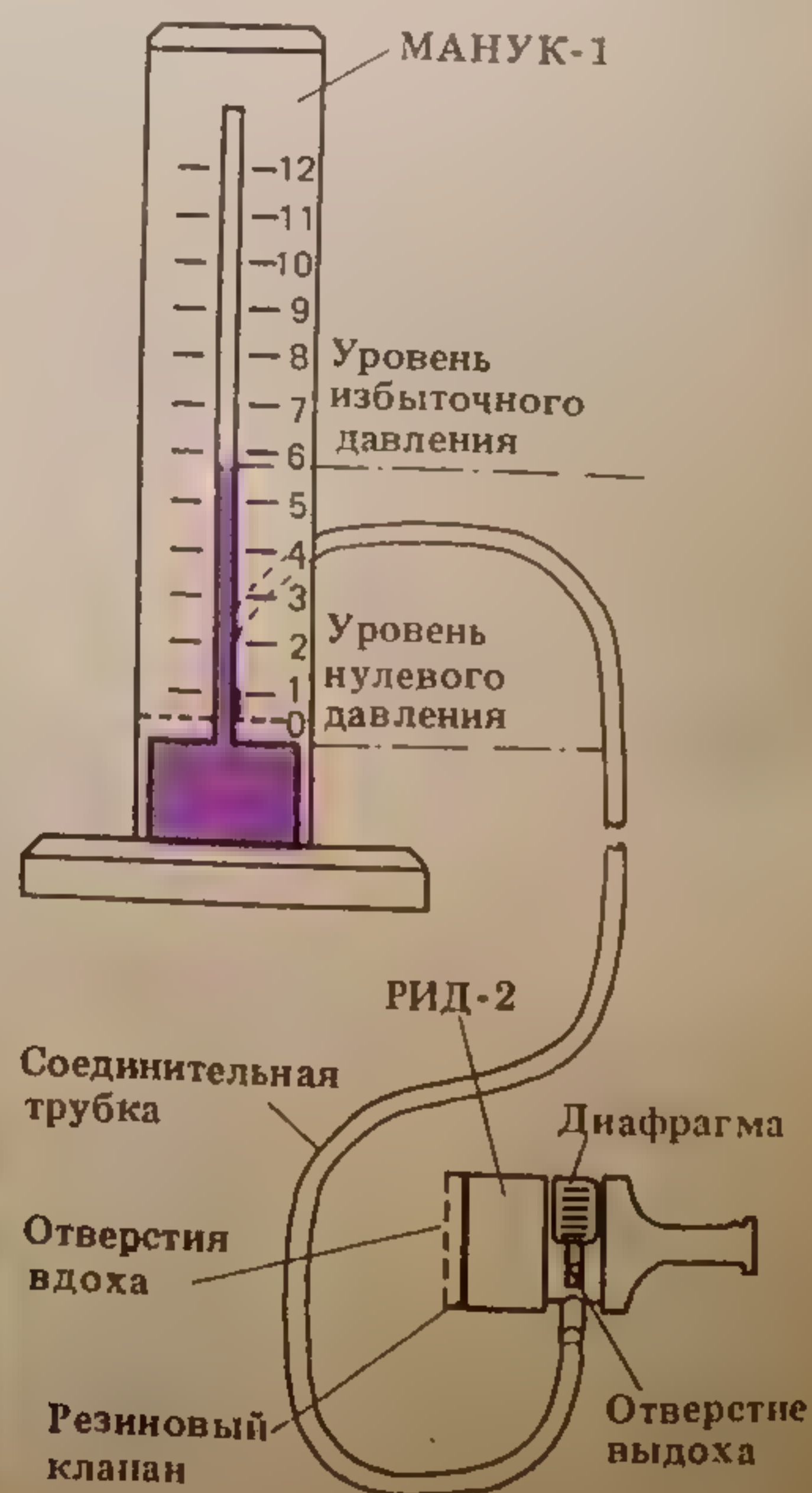
Частое пользование карманными ингаляторами, как правило, усугубляет состояние больных, так как приводит к перевозбуждению центральной нервной системы (нарушение сна, учащение сердечных сокращений и дыхания).

Разорвать этот порочный круг можно с помощью специальной аппаратной тренировки регуляции дыхания, используя устройство для лечения дыхательной недостаточности — РИД-2 (авторское свидетельство № 1235500 от 1983 года), созданное в отделе медицинской техники Научного и конструкторского института монтажной технологии (Москва).

В условиях санатория проведено обучение этой методике 47 больных, страдающих бронхиальной астмой и другими хроническими заболеваниями легких с нарушениями бронхиальной проходимости.

С помощью аппарата РИД-2 при соответствующем обучении дыхательным упражнениям удается:

- предупредить развитие приступов удушья при появлении их предвестников;
- быстро купировать приступы удушья при их внезапном возникновении;
- нормализовать дренажную функцию бронхов;
- восстановить необходимую частоту и глубину дыхания;



д) обучить диафрагмальному дыханию;
е) нормализовать работу дыхательного центра;
ж) повысить толерантность к физическим нагрузкам;

з) прекратить или значительно уменьшить пользование карманными ингаляторами;

и) прекратить или уменьшить дозы гормонов и других лекарств, применявшихся ранее.

27 пациентов полностью прекратили пользование карманными ингаляторами, 20 — значительно снизили частоту ингаляций.

У большинства отмечались уменьшение одышки при физических нагрузках, более свободное отхождение мокроты.

Больной Л., 56 лет, на протяжении 18 лет страдает бронхиальной астмой, приступы удушья сопровождались кашлем с трудно отделяемой мокротой до 8—10 раз в сутки, возникали при быстрой ходьбе и в ночные часы. Кроме постоянного приема лекарств (теофедрин, эуфиллин), пользовался карманным ингалятором до 6—8 раз в сутки.

После регулярных дыхательных упражнений с помощью РИД-2 (до 3 часов в сутки) прекратились приступы удушья при ходьбе; при появлении предвестников удушья ночью и в утренние часы предупреждает приступ дыхательными упражнениями с помощью РИД-2 в течение 15—20 мин. Прием лекарств прекратил, карманным ингалятором не пользуется.

Вот краткое описание прибора и методика работы с ним. Исходное положение: сидя на краю стула, руки свободно положить на стол, спину и шею держать вертикально. Дыхание осуществлять через регулятор дыхания РИД-2 с манометрическим указателем МАНУК (уровень перекрытия отверстия выдоха диафрагмой выбирается с помощью методиста).

1-е упражнение — дыхание через регулятор с сопротивлением 1—2 см вод. ст. в течение 10—30 мин. Следить за тем, чтобы всегда был максимально полный выдох за счет втягивания передней брюшной стенки. Вдох произвольный, спокойный (усиленную реакцию дыхательных мышц следует сдерживать) за счет выпячивания вперед живота.

2-е упражнение — отличается от 1-го только тем, что выдох производят толчками с сопротивлением 10 см вод. ст. Важно следить за тем, чтобы после каждого толчка — выдоха наступало расслабление мышц передней брюшной стенки. Время упражнения — 10—30 мин.

Указанные упражнения производить три раза в день: утром, в середине дня и вечером. После соответствующего обучения дыхательные упражнения можно осуществлять с регулятором РИД-2 без указателя МАНУК, руководствуясь ощущением давления на выдохе по опыту.

ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

Тем, кто не знает, как найти наши предыдущие выпуски в библиотеках страны, сообщаем следующие выходные данные:

Родителям — о здоровье и болезнях детей (выпуск 1).— М.: Знание, 1989.— 96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 1). ББК 57.3; Р60;

Работоспособность, возраст, здоровье (выпуск 1).— М.: Знание, 1989.— 96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 2). ББК 53.54; Р13;

Между здоровьем и болезнью (выпуск 1).— М.: Знание, 1989.— 96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 3). ББК 51.2; М43;

Здоровье женщины — здоровье семьи (выпуск 1).— М.: Знание, 1989.— 96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 4). ББК 57.14; 346.

В аннотированных карточках дается краткое содержание каждого номера. Выпуски иллюстрированы.



* * *

Пока медицинские диагностические центры в соответствии с перспективными и текущими планами и отчетами «шагнут» от Москвы до самых — до окраин, пациент на местах не ждет. Не удивительно, что сегодня столица нашей страны стала поистине всесоюзной консультацией, огромный поток иногородних пациентов стекается сюда со всех концов страны — кто за консультацией, кто для лечения, и для некоторых из них это единственный шанс.

Обращаются и в редакцию факультета «Твое здоровье» с просьбой о помощи попасть к специалисту. И не может не вызвать сочувствия положение людей, оказавшихся в огромном незнакомом городе, где и так хватает приезжих — командировочных и гостей. Ведь они испытывают массу трудностей, осложняющих и без того нарушенное здоровье, причем неоправданных и неразрешимых во многих случаях. Создается порочный круг: человеку и так тяжело, а он в надежде на исцеление вынужден подвергаться всяческим испытаниям. Что можно посоветовать иногороднему пациенту? О чем говорит опыт новых форм в организации медицинского консультационного обслуживания?

Рассказывает главный врач Московского медицинского кооперативного объединения «Лечение и консультация», кандидат медицинских наук Валерий Леонидович ГЛАНЦ.

ИНОГОРОДНЕМУ ПАЦИЕНТУ: БЫТЬ ХОЗЯИНОМ ПОЛОЖЕНИЯ

Для того, чтобы не Магомет шел к горе, а гора «шагнула» к Магомету, в данном случае необходимы огромные капиталовложения на диагностическое оборудование, высококвалифицированные кадры. И надо исходить из того, что пока не будет завершена объявленная Минздравом СССР программа строительства диагностических центров по всей стране в ближайшем десятилетии, люди так или иначе будут пытаться получить высококвалифицированную специализированную помощь в региональных центрах, столицах — там, где сосредоточена медицинская мысль, новейшая технология и оборудование, лучшие специалисты.

И это понятно. Дело не только в неотложности консультационной помощи; зачастую пациенты просто не удовлетворены возможностями у них на местах, или их что-то беспокоит, и они, естественно, имеют право разрешить возникающие у них сомнения. Существует ведь такое понятие — медицинский туризм, дающий человеку возможность совместить познавательную туристическую поездку с возможностью консультации у авторитетного специалиста.

О чем говорит наш опыт? Конечно, все должно быть организовано заранее, чтобы положение пациента не осложнялось ненужными, лишними и неоправданными хлопота-

ми, трудностями, затратами времени и средств. Чтобы приехать в Москву и не метаться от специалиста к специалисту, наши иногородние пациенты прежде всего списываются с нами; просто берут почтовый конверт и пишут: 111123, Москва, шоссе Энтузиастов 62, Медицинское кооперативное объединение «Лечение и консультация», отдел помощи иногородним. В письме они излагают суть своей проблемы, жалоб на здоровье. И в ответ мы высылаем им весь список наших услуг, с прейскурантом и т. д., просим указать, что из всего этого им надо конкретно и когда, предлагаем для верности обсудить требуемое со своим лечащим врачом.

Когда отдел помощи иногородним получает такую письменную заявку от будущего пациента, вся организационная работа по его медицинскому обслуживанию становится нашим делом. Отдел помощи высылает ответ, и пациент приезжает в установленный конкретный (желательный для него) день, попадает на прием к специалисту будучи заранее к нему записанным — без очереди. Таким образом достигается необходимое условие для того, чтобы пациент мог быть хозяином положения, избежать сопутствующих издержек, сэкономить свое время и деньги.

Главное преимущество в том, что консультации проводятся без проволочек, потери времени на хождения от специалиста к специалисту. Вот почему у нас, как правило, обследование организуется в течение 1—2 дней, за исключением случаев, требующих более длительного обследования. В назначенный день профессор, доцент, врач — обследуют больного, консультируют, дают рекомендации, а приехав с данными обследований, анализов на руках, пациент, проконсультировавшись, может уехать обратно в тот же день.

В том случае, когда процесс обследования может занять 2—4 дня и до недели, иногороднему пациенту предоставляется место в гостинице, однако число мест ограничено, поскольку с гостиничным хозяйством в Москве вообще достаточно сложно. И об этом тоже необходимо списываться заранее.

Что касается лечения, имеется у нас стационар (терапевтический и неврологический), профилированный в основном для больных бронхиальной астмой, желудочно-кишечными заболеваниями, неврозами, остеохондрозом, гинекологическими заболеваниями, бесплодием и как уже сообщалось, применяется здесь в комплексе гомеопатическое лечение. Мы не занимаемся лечением инфекционных заболеваний (туберкулез, бруцеллез и др.), а также венерических и психических болезней. Что касается психически больных, везти их в огромный город, где все для них ново и проблематично, нежелательно для них самих.

ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ

Продолжаем обсуждение важнейшей темы в проблеме здоровья — защиты потребителей от некачественных продуктов питания, начатое в предыдущих выпусках нашего издания (№ 1 и 2 за 1989 г.). Рассказывает специалист по пищевой технологии, кандидат технических наук Людмила Павловна ЛИПАТОВА.

КАЧЕСТВО ПИЩИ: РЕШАЕТ ПОТРЕБИТЕЛЬ

Бракераж — последняя инстанция проверки качества готовой продукции перед ее реализацией. Напомним, что в предыдущей статье («Ваши права и задачи») в № 2/89 факультета «Твое здоровье» было рассказано, что конкретно должен делать с самого начала проверки общественный контролер, какими документами руководствоваться, как вести себя в тех или иных ситуациях. Теперь же перейдем к вопросу о том, как конкретно проводят бракераж готовых блюд.

Не каждый человек, заглянув в поварские котлы, сможет оценить качество приготовленной пищи. Но это поправимо — детальные советы и рекомендации будут даны читателям. Хуже, если проверить качество пищи мешает ложная стеснительность, отсутствует твердое убеждение, что общественный контроль за деятельностью вашей столовой или буфета, магазина-кулинарии просто необходим и лично от вас зависят самочувствие, работоспособность, настроение и даже состояние здоровья людей. Если вам доверили работу в комиссии общественного контроля, отбросьте сомнения — ваше дело нужное, его результатов ждут. Ведь цель проверки состоит не в констатации факта нарушения пищевой

технологии или правил отпуска готовой продукции, а в выявлении и устранении причин нарушений и обнаруженных недостатков.

Как оценивать качество первых блюд. Супы

Вначале немного общей информации. Супы готовят вегетарианскими и на бульонах (костном, мясо-костном, рыбном, из птицы), а также на грибных, фруктовых отварах, молоке, квасе, молочнокислых продуктах (кефире, простокваше).

По температуре подачи блюда готовятся горячими и холодными. К горячим блюдам относятся щи, борщи, супы-пюре, молочные, рассольники, солянки, супы с бобовыми, крупами, макаронными изделиями. Температура их подачи должна быть не ниже 75 °С. Холодные блюда — окрошка, холодные борщи, щи зеленые, ботвинья, свекольник. Температура подачи их 7—14 °С. Только сладкие супы (из свежих и сушеных фруктов) могут подаваться как холодными, так и горячими. Чтобы проверить температуру, следует термометр в металлической оправе погрузить в котел с супом на глубину 10 см и подержать там 2—3 мин.

Прежде чем начать бракераж супов, ознакомьтесь с технологическими картами на все блюда, приготовленные сегодня. Наличие технологических карт на предприятии обязательно. В них указывается норма вложения продуктов в блюдо и технология его приготовления. Нормы отпуска одной порции супа могут быть 500, 400, 300, 250 г, что указывается в меню. К супам могут подаваться мясные продукты и сметана. В меню это записывается так:

«щи из свежей капусты с говядиной и сметаной», а в графе «Выход» указывается 500/25/10, что означает 500 г щей, 25 г говядины, 10 г сметаны;

или «суп-лапша домашняя с курицей», выход 250/25, что означает супа 250 г, 25 г курицы.

Теперь приступим к бракеражу первых блюд.

Перемешайте содержимое котла и возьмите порцию блюда (в тарелку). В первую очередь оцените внешний вид и цвет супа, позволяющих судить о правильности технологии и режиме хранения. Обратите внимание на цвет жира на поверхности щей, рассольников, солянок, супов с крупами, макаронными изделиями и бобовыми. Окраска должна быть желтовато-оранжевого цвета. Если блески жира бесцветны — значит, неправильно проведена пассеровка моркови и томата или она вообще не проводилась. Почему это важно?



Пассеровка — это обжарка моркови, лука, томата с жиром до полуготовности, **тонким слоем**. При пассеровании *каротиноиды* томата и моркови, обуславливающие оранжевую окраску этих продуктов, переходя в жир, не только придают супам привлекательный внешний вид, но и хорошо усваиваются организмом. Если **морковь и томат не пассерованы**, окраска поверхности супа получается *бледная* — *каротиноиды не переходят в жир*.

Причиной бесцветности жира может быть и нарушение при пассеровке **соотношения жира и овощей**. Например, для приготовления 1 л щей из свежей капусты должно быть моркови 40 г, томата — 6 г, а кулинарного жира или маргарина — 20 г. Если же моркови и томата заложено меньше указанного количества, то *жир не окрасится или окрасится слабо*. Еще одна причина может быть связана с нарушением технологии приготовления.

Так, на 100 л тех же щей должно быть использовано 4 кг моркови, 0,6 кг томата и 2 кг маргарина. Объем большой, поэтому *если пассеровка будет проводиться не тонким слоем* на сковороде, как положено, а, например, в сотейниках или в какой-то другой посуде слоем 5—8 см, то процесс скорее будет напоминать варку, так как маргарин содержит до 24 % воды, и при нагреве толстым слоем она испаряется недостаточно и долго. Конечно же, оранжевые блестящие на поверхности щей не появятся.

Обратите внимание на сохранение окраски борща, обусловленной наличием свеклы. Если свекла приготовлена правильно, то цвет борща бордовый, если неправильно — буровато-коричневый (что может быть и у борщей после продолжительного хранения его на мармите). **Продолжительность хранения борщей ограничена всего двумя часами**, а вот для того, чтобы свекла не теряла своей окраски при приготовлении, ее необходимо правильно подготовить. Должно иметь в виду, что **существуют 2 способа приготовления**, и оба разрешено использовать в общественном питании.

Первый — свеклу нарезают соломкой и тушат в толстостенной закрытой посуде с добавлением томат-пюре, уксуса, жира и небольшого количества бульона или воды. Томат и уксус сохраняют цвет свеклы, но при тушении кипение должно быть слабое, так как бурное кипение вызывает улетучивание уксуса. **Второй способ** — сварить свеклу целиком. Если в неочищенном виде, то без уксуса, в очищенном — с уксусом. Вареную свеклу очищают от кожицы, нарезают и кладут в борщ в конце его варки. Свекла, приготовленная таким образом, придает борщу яркий цвет и нежный вкус.

Но что делать, если борщ приготовлен, а окраска буровато-коричневая? Это поправимо. Предложите повару, который готовил это блюдо, приготовить настой свеклы. Для этого он должен очистить свеклу, нарезать ее тонкими ломтиками или натереть на терке, положить в кастрюлю, залить горячим бульоном или водой (2 л на 1 кг свеклы), добавить уксус, довести до кипения и дать настояться на борту плиты 20—30 мин. Затем настой процедить и ввести его в борщ.

После оценки внешнего вида и цвета первого блюда оценивают его консистенцию, наличие всех компонентов и их форму. Для этого *плотную часть супов, щей, борщей, солянок, рассольников* разберите на бортике тарелки на отдельные компоненты и сравните их наличие с рецептурой, изложенной в технологической карте. Затем **обратите внимание на форму нарезки овощей**.

В щах свежая капуста должна быть нарезана *шашками* (2—3 см) или *соломкой*, картофель — *дольками или кубиками*, лук, морковь — *дольками или соломкой*. В борщах лук и морковь — *соломкой или ломтиками*, свежая капуста — *соломкой или шашками*, картофель — *брусочками, кубиками*, свекла — *соломкой или ломтиками*. В рассольниках должны быть обязательно огурцы соленые, они нарезаются *соломкой или ромбиками*, картофель нарезают *брусочками или дольками*, морковь и лук — *соломкой*.

В состав солянок входят соленые огурцы, лук репчатый, каперсы, маслины (или оливки). Соленые огурцы должны быть нарезаны *ломтиками или ромбиками*. Обратите внимание на то, что огурцы с грубой кожицей и зрелыми семенами должны быть очищены от кожицы и семян. Огурцы же с тонкой кожицей допускается нарезать вместе с кожицей и семенами.

Почему надо обращать внимание на нарезку? Потому что правильная одинаковая нарезка не только придает красивый внешний вид блюду, но и *способствует равномерности прогрева продуктов*, а значит, и **лучшему сохранению витаминов, особенно витамина С**. Овощи должны быть аккуратно очищены и нарезаны, **с сохранившейся формой**.

В супах с макаронными изделиями, крупой, бобовыми обратите внимание на консистенцию продуктов.

Спрашивается, почему супы с перловой крупой иногда приобретают неприятный внешний вид? Обычно из-за того, что отвары из этой крупы имеют темный цвет и слизистую консистенцию. Чтобы такого дефекта не было, перловую крупу после промывания следует отварить до полуготовности, отвар слить, крупу промыть и лишь после этого вводить в суп.

Консистенцию пюреобразных супов определяйте, сливая их тонкой струйкой из ложки в тарелку. При этом обратите внимание на густоту супа, которая *должна соответствовать сметане*. В супах-пюре не должно быть непротертых частиц, хлопьев свернувшегося белка. Хлопья в супах-пюре появляются при неправильном хранении. Эти супы нельзя нагревать выше 85 °С, так как они заправляются яично-молочной смесью и при более высоких температурах белок сворачивается. *Если вы обнаружили непротертые частицы, суп следует еще раз протереть.*

Супы-пюре должны быть однородными по всей массе, без отслаивания жидкости на поверхности. Отслаивание может происходить из-за неправильного приготовления белого соуса (слишком большой перегрев муки) или его недоувлажнения. Этот дефект должен быть исправлен поваром путем дополнительного введения правильно приготовленного белого соуса.

Последними оцениваются в супах показатели вкуса и запаха. Для этого сначала попробуйте жидкую часть, а затем вместе с жидкой и плотную. Если при отпуске суп заправляется сметаной, вначале попробуйте его без сметаны, а потом и добавив ее. Пробуя жидкую часть, обратите внимание на наличие или отсутствие *салистого привкуса и запаха*. Если таковые присутствуют, значит, бульон для супа был приготовлен не совсем правильно, т. е. в процессе варки *пена и жир не снимались*. Пена, распадаясь на мелкие хлопья, загрязнила бульон: окисляясь и распадаясь на мелкие капельки, жир придавал салистый вкус и мутность.

В супах часто используется капуста, но некоторые сорта ее могут придавать первым блюдам горьковатый вкус. Таковую капусту перед закладкой в бульон следует бланшировать, т. е. *ошпарить кипящей водой*. Вот и щи из квашеной капусты бывают кислыми, мутными, а картофель в них вроде и готовый, но твердый. Все это из-за неправильной подготовки капусты. Квашеную капусту следует вначале промыть в холодной воде, отжать. Затем ее нужно тушить 1,5—2,5 ч. Таким способом *удаляется кислота из капусты*, а тушение способствует ее размягчению. Если же капусту предварительно не обрабатывали, то вся кислота попадает в щи. Это способствует окислению жиров супа, он становится мутным, может появиться *салистый вкус и запах*, а картофель «задубеет».

Не только квашеная капуста, но и другие квашеные, маринованные овощи должны вводиться в первое блюдо предварительно обработанными. Например, соленые огурцы

для солянок, рассольников должны *предварительно припускаться* (отвариваться в небольшом количестве бульона или воды). Эти овощи должны вводиться в супы после того, как картофель уже сварился до полуготовности. Только в таком случае все компоненты первого блюда дойдут до готовности одновременно, а его вкус будет соответствовать требованиям.

Если вкус первых блюд недостаточно острый, то этот дефект может быть исправлен очень просто. Нужно добавить одновременно сахар и кислоту (лимонную или уксусную). Сочетание этих добавок и придаст блюду остроту. Кроме того, в рассольники и солянки для остроты может быть добавлен *огуречный рассол, предварительно процеженный и прокипяченный*. Для улучшения вкуса добавляется мелко нарезанная зелень петрушки, укропа, сельдерея во все супы (кроме молочных, сладких, некоторых пюреобразных) 2—3 г на порцию.

Что нужно знать при оценке качества молочных супов? Молочные супы готовят как на цельном молоке, так и на смеси молока и воды. Кроме натурального молока, для супов используют молоко *сгущенное стерилизованное (без сахара)*, молоко *коровье цельное сухое*.

Если крупы и макаронные изделия переварены, значит, не соблюдена продолжительность тепловой обработки или хранения. Важно представлять себе время варки супов: с макаронными изделиями или овощами (в зависимости от вида) 10—40 мин, с дроблеными крупами — 10—14 мин, с недроблеными крупами (рисовая, гречневая, перловая, пшено и др.) — 20—30 мин. О том, что перловая крупа должна быть проварена до полуготовности перед введением в суп, мы уже говорили. Есть тонкости и в подготовке пшена. Дело в том, что при его хранении, на поверхности зерен происходит окисление растительных масел, из-за чего появляется *горьковатый привкус у пшена*. Если с таким пшеном будет приготовлено блюдо, оно также будет горьковатым. Чтобы такого не случилось, *пшено следует промыть* предварительно горячей водой.

Иногда молочные супы на раздаче бывают настолько густы, что напоминают скорее кашу, чем суп. Обычно это происходит из-за их длительного хранения. Молочные супы должны готовиться небольшими порциями с таким расчетом, чтобы время реализации составляло 30—40 мин.

Вот всегда интересующий всех вопрос: чем заправляют молочные супы при отпуске — маслом сливочным или маргарином? Все супы молочные должны заправляться сливочным маслом. Если у вас возникли

сомнения по этому поводу, то помочь может пищевая лаборатория при СЭС.

И еще две группы супов. Их нечасто встретишь в меню: *холодные и сладкие супы*. Что может быть лучше, чем отведать в жаркое время года окрошки, холодного борща, свекольника, супа из свежих плодов. Но, увы, летом, так же, как и зимой, в столовых нам предлагают те же щи и рассольники. Комиссии общественного контроля надо активнее предлагать использовать эти блюда в меню!

Нарезанные продукты для холодных супов обязательно *хранить в холодильнике*. Перед отпуском подготовленные продукты (смесь) кладут в порционную тарелку, заливают квасом, заправляют сметаной. Для окрошки, приготовленной на кефире, используют только *бутылочный пастеризованный кефир* — квашение молока на предприятии общественного питания запрещено.

Сладкие супы — это кисели, приготовленные с ягодами и фруктами. Подаются с кашами, клецками, пудингами, запеканками. Эти супы вкусны, питательны, аппетитный вид им придают всевозможные фрукты и ягоды, входящие в их состав. Требования к качеству сладких супов: однородность консистенции (без комков, непроваренности), вкус и запах должны соответствовать используемым фруктам.

Итак, вы оценили все показатели качества. Какую оценку надо поставить в бракеражный журнал?

Супы, приготовленные в соответствии с технологией и не имеющие отклонений в органолептических показателях качества, *оцениваются 5 баллами*.

Если же на поверхности супов бесцветный или слабоокрашенный жир, правильная форма нарезки, но кусочки одного вида овощей имеют разные размеры, слегка переваренные овощи или крупы, слабовыраженный запах и вкус, блюдо не доведено до вкуса, то его *оценивают в 4 балла*.

Если жидкая часть супа мутная, переварены крупы, макаронные изделия, блюдо загустело, слегка подгорели пассерованные овощи — *ставится оценка 3*.

Оценка 2 ставится за привкус подгоревшей муки, пригорелого молока, резкую кислотность, наличие недоваренных или сильно переваренных продуктов, неочищенных или плохо очищенных овощей, хлопьев свернувшегося белка, комков заварившейся муки или крахмала, пересол. Блюда, получившие оценку 2, изымаются из реализации. Стоимость блюд оплачивает повар, их приготовивший.

Как оценить качество вторых блюд (из овощей, круп и бобовых)

Овощные блюда. Ассортимент блюд, которые можно приготовить из овощей, достаточно широк, но скуден в общественном питании. Блюда эти трудоемки, но дешевы, и план по товарообороту на них не выполнишь. Вот почему членам комиссии общественного контроля приходится следить, чтобы овощные блюда на столах были ежедневно.

Наиболее распространенное в меню блюдо из овощей — *картофельное пюре*, приготовленное по всем правилам, оно совсем не напоминает ту картофельную жижу, что иногда подают нам в столовых. Чтобы картофельное пюре было хорошего качества, очищенный картофель должен быть сварен с солью до готовности. Вариться он должен в закрытой посуде при слабом кипении. Почему?

Режим тепловой обработки должен быть щадящим, потому что картофель да и все овощи являются источником витамина С, а он очень неустойчив и быстро разрушается при варке. Нельзя закладывать овощи в холодную воду, варить при интенсивном кипении да еще в посуде с открытой крышкой. Вареный горячий картофель с температурой не ниже 80 °С протирают через протирачную машину. А затем, помешивая его, добавляют в 2—3 приема горячее кипяченое молоко, взбивают до получения пышной массы.

В столовых промышленных предприятий, учреждений в картофельном пюре ни сливочное масло, ни маргарин не вводят (в отличие от ресторанов, где добавляется именно сливочное масло). *Картофельное пюре, таким образом, состоит из 2 компонентов — картофеля и молока*. Технология приготовления не такая уж сложная, но почему зачастую картофельное пюре напоминает клейстер? Потому что его протерли холодным.

Температура протирания картофеля оговаривается не зря. Если температура ниже 80 °С, растительные клетки, содержащие оклейстеризованный крахмал, легко разрушаются при протирании, из них выделяется крахмал, который делает пюре *тягучим*. Когда же пюре приготовлено правильно, оно имеет *кремово-белый цвет, пышную консистенцию*. Если же пюре жидкое и имеет темный цвет, это значит, что в пюре добавлена вода.

Добавление воды в пюре недопустимо, но иногда воду добавляют не по доброй воле. Просто некоторые марки протирачных машин, устаревшие или в плохом техническом состоянии, не могут протереть подсушенный картофель, и воду добавляют, чтобы машина

работала. Ведь вручную протереть большое количество картофеля немислимо.

Разберитесь, в чем причина: плохое оборудование или намеренное нарушение технологии? Снабжение оборудованием предприятий происходит централизованно вышестоящей организацией. Может быть, вам стоит подключиться и помочь решить вопрос замены устаревшего оборудования на современное?

При оценке качества тушеных овощей обратите внимание на сохранение формы нарезки. Если нарезка не сохранилась, значит, было нарушено требование *предварительной обжарки* овощей перед тушением или же была нарушена последовательность закладки продуктов. Например, при производстве *рагу из овощей*, капусту сначала варят до готовности, картофель и корни обжаривают до полуготовности, тушат с соусом. И только потом добавляют нарезанную сырую тыкву или кабачки и вареную капусту. На этом примере видно, что если капуста не будет предварительно отварена, то она к моменту готовности блюда останется сырая. Увеличив продолжительность тушения, можно добиться, чтобы капуста была готова, но тогда все остальные овощи разварятся.

И наоборот, тыква или кабачки закладываются сырыми. Они быстро доходят до готовности, и чтобы они не потеряли форму, их добавляют в рагу в конце тушения. Такие правила должны соблюдаться в приготовлении всех блюд, в состав которых входит несколько видов продуктов с разной продолжительностью тепловой обработки.

На что надо обратить внимание при оценке качества жареных овощей?

Надо знать, что жарка может быть нескольких видов. Жарка с небольшим количеством жира и жарка во фритюре. В небольшом количестве жира жарят картофель, овощи и изделия из них — котлеты, зразы, оладьи и др. Овощи сначала обжаривают на противне (с предварительно прогретым жиром до 150—160 °С) с обеих сторон на плите до образования поджаристой корочки. Эти изделия затем обязательно должны доводиться до готовности в жарочном шкафу.

Но если изделие не имеет румяной корочки, хотя и готово? Хорошо это или плохо? Однозначно ответить трудно. Дело в том, что румяная корочка на поверхности продукта образуется за счет взаимодействия углеводов и белков, которые находятся в продукте. Чем выше интенсивность коричневой окраски, тем большее количество белка участвует в этом процессе, значит, больше его разрушается и тем ниже

становится пищевая ценность продукта. Поэтому потребитель должен выбрать, чему отдать предпочтение — аппетитной корочке или пищевой ценности продукта.

Фритюрная жарка должна проводиться в специальных аппаратах — *фритюрницах* (или глубоких противнях с толстым дном). Соотношение жира и овощей — 4:1. Температура жира при жарке во фритюре 175—180 °С. Предприятиям общественного питания рекомендовано использовать смесь рафинированного растительного масла с кулинарным жиром в соотношении 1:2 (или кулинарным жиром фритюрным).

Много вопросов возникает по поводу длительности использования жиров для жарки во фритюре.

Хочу сразу сказать, что цвет жира не является решающим фактором при определении его качества. Потому что при обжаривании продуктов, богатых белком, — мяса, рыбы, птицы, потемнение жира происходит интенсивно, но жир пригоден для использования. И наоборот, если в продуктах мало белка и много крахмала, жир продолжительное время остается светлым, несмотря на то что он сильно окислился.

Содержание продуктов окисления в жирах регламентировано АМН СССР и не должно превышать 1 %. Такое внимание уделяется продуктам окисления, потому что они, раздражая кишечник и оказывая послабляющее действие, ухудшают усвояемость не только самого жира, но и употребляемых вместе с ним продуктов. Степень окисления жиров определяет пищевая лаборатория. Этот метод прост, но требует соответствующего химического реактива — спиртового раствора гидрата окиси калия.

Имея такой реактив с индикатором — метиленовым голубым, вы сами можете проверить степень окисления жиров. Для этого к 3 мл исследуемого жира добавьте 7 мл 2 %-ного раствора гидрата окиси калия, встряхните (все это удобно проводить в пробирке). Когда смесь разделится на 2 слоя, верхний слой отфильтруйте, возьмите из него 5 мл и добавьте 5 капель 0,01 %-ного водного раствора метиленового голубого. Если цвет жидкости будет *желто-коричневый*, то жир не должен использоваться, если *розовый* — значит можно употреблять в пищу.

Крупяные блюда. Качество каш оценивать начинают с их вида. По консистенции они делятся на *рассыпчатые, вязкие, жидкие*, в зависимости от количественных соотношений крупы и жидкости, взятых для варки. Для гарниров используются *рассыпчатые каши*. В готовой рассыпчатой каше зерна должны быть полностью набухшими, хорошо проваренными, в основном сохра-

низили форму и легко отделяющимися друг от друга. Чтобы правильно сварить такую кашу, надо соблюсти соотношения, указанные в таблице.

Кашу готовят из одного вида круп. Смешивание разных видов круп не допускается.

Каша	На 1 кг выхода	
	круп, г	жидкость, л
Гречневая:		
рассыпчатая из ядрицы быстро-разваривающаяся	476	0,71
вязкая	250	0,80
Пшенная:		
рассыпчатая	400	0,72
вязкая	250	0,80
жидкая	200	0,84
Рисовая:		
рассыпчатая	357	0,75
вязкая	222	0,82
жидкая	154	0,88
Перловая:		
рассыпчатая	333	0,80
вязкая	222	0,82
Манная:		
вязкая	222	0,82
жидкая	154	0,88

На чем же готовят каши? Рассыпчатые — на воде, жидкие и вязкие — на смеси молока и воды. Вязкая каша представляет собой густую массу, при температуре 60—70 °С она удерживается на тарелке не расплываясь. Из 1 кг крупы получается от 4 до 5 кг готовой вязкой каши. Жидкими считают каши, выход которых составляет 5—6,5 кг из 1 кг крупы. Различные виды круп неодинаково быстро набухают и развариваются. Например, рисовая, перловая, овсяная, пшеничная, кукурузная крупы и пшено в молоке с добавлением воды развариваются медленнее, чем в воде. Поэтому сначала эти крупы варят 20—30 мин в кипящей воде (пшено — не более 10 мин), после чего добавляют горячее молоко и варят кашу до готовности.

Если в манной каше обнаруживаются комки, значит, неправильно введена была крупа. Ее следует всыпать в горячую жидкость при непрерывном помешивании и варить 20 мин.

Вязкие и рассыпчатые каши могут быть использованы для приготовления крупеников, запеканок, пудингов, котлет и биточков, которые запекают в жарочных шкафах. Для их производства в каши добавляют жир, сахар.

Блюда из бобовых. Почему бобовые (горох, фасоль и т. д.) в блюдах бывают твердые, плохо разварившиеся? Причин может быть несколько. Перед варкой их замачивают в холодной воде в течение 5—8 ч (лущеный горох не замачивают). Для замачивания на одну часть бобовых берут 2 части воды, температура которой должна быть не выше 15 °С. Воду, не поглощенную семенами, необходимо сливать, так как она имеет неприятный вкус, запах и цвет, особенно при замачивании бобовых с темной семенной оболочкой.

За блюда, не имеющие замечаний, в бракеражный журнал поставьте оценку 5. Оценку 4 — за неоднородную форму нарезки овощей, слегка разварившиеся овощи, недоведение блюд до требуемого вкуса. Оценку 3 — за разварившиеся овощи, несоответствие густоты каши ее виду, слабый пересол, слабый запах горелого. Оценку 2 — за клейстерообразное картофельное пюре, пересол, заварившиеся комки муки в соусах, подгоревшие или неготовые овощи, привкус и аромат прогорклых жиров, смешивание круп, плохо очищенные овощи. Не допускайте их реализации.

Как оценить качество мясных и рыбных блюд

Качество их во многом зависит от тех полуфабрикатов, которые поступают или вырабатываются на предприятии, и правильности первичной механической обработки. Например, как должно быть проведено размораживание? В каких случаях можно размораживать мясо в воде и почему?

На предприятиях общественного питания для первичной кулинарной обработки продуктов есть мясо-рыбный цех, где размораживают мясо и рыбу, нарезают, панируют изделия. Если мясо размораживается в ваннах с водой, знайте, это недопустимо. Конечно, так размораживание идет быстрее, но качество мяса, его пищевая ценность уменьшаются, потому что вода вымывает значительное количество мясного сока, а с ним теряются витамины и водорастворимые белки. По этой же причине нельзя рубать мясо на более мелкие куски для ускорения размораживания.

Мясо должно размораживаться на стеллажах 12—24 ч, для этого замороженное мясо выкладывается на стеллажи на ночь с тем, чтобы утром его уже было возможно использовать для нарезки. А вот рыбу размораживать в воде можно: потери сока при размораживании в воде или на воздухе одинаковы. Способ уменьшения потерь сока пока не найден, поэтому размораживание рыбы в воде считают приемлемым.

Если замороженные почки размораживаются в воде, это тоже не является нарушением. Из-за специфического запаха их даже рекомендуется *вымачивать* в сменяемой воде. Конечно, наряду с удалением мочевой кислоты происходят и потери полезных веществ, но это необходимая мера, иначе они вообще будут несъедобны.

Приготовленное блюдо должно красиво выглядеть. Очень важно, чтобы мясные полуфабрикаты были правильно нарезаны (или сформованы). Форму полуфабрикатов еще можно подправить, в готовом изделии — уже нет. Так как же должны выглядеть мясные полуфабрикаты? Все зависит от того, к какой группе они относятся. Существуют *порционные, мелкокусковые, рубленые* полуфабрикаты и изделия из котлетной массы.

Порционные полуфабрикаты представляют собой мясо или рыбу, приготовленные 1—2 кусками (в расчете на 1 порцию). К порционным полуфабрикатам относятся *антрекот, филе, лангет, бифштекс, котлеты натуральные, шницель, ромштекс и др.* Эти полуфабрикаты нарезают толщиной от 1,5 до 5 см. Они должны быть слегка отбиты, форма овально-продолговатая. Самый главный дефект, встречающийся у порционных блюд, — жесткое сухое мясо. Причин может быть несколько.

Во-первых, порционные куски должны нарезаться только из определенной части мясной туши, где большее количество мышечных белков. Это *спинная, поясничная, тазобедренная* части. Если порционный кусок нарезан из каких-либо других частей, он будет жестким (как говорят, *жилистым*). **Во-вторых**, еще одно обязательное условие — нарезка полуфабрикатов должна проводиться *поперек волокон*. Другая причина, влияющая на сочность мяса, связана с *неправильной жаркой* полуфабриката. Мясо не должно пережариваться и многократно разогреваться. Название «порционное блюдо» говорит само за себя: оно должно готовиться в единственном числе (порцией) и сразу же подаваться. Конечно, такие блюда в основном готовят и подают в ресторанах.

Полуфабрикаты мелкокусковые — это мясо или рыба, нарезанные мелкими кусками. Они используются для приготовления жареных и тушеных блюд, нарезаются следующим образом:

бефстроганов — форма брусочков длиной 3—4 см, массой 5—7 г;

поджарка — произвольная форма, массой 10—15 г;

азу — брусочки длиной 3—4 см, массой 10—15 г;

гуляш — крупный кубик, массой 20—30 г;

рагу — кусочки массой 40—50 г;

шашлык — крупный кубик, массой 30—40 г;

мясо для плова — массой 10—15 г.

На содержание костей в рагу и жира в мелкокусковых полуфабрикатах есть определенные нормы. И если возникнут вопросы, воспользуйтесь приведенной здесь таблицей. Чтобы определить содержание костей и жира, взвесьте 500 г полуфабриката. Затем тщательно отделите мясо от костей, взвесьте их и определите содержание в процентах к массе полуфабриката. Аналогично оценивается содержание жира.

Рубленые полуфабрикаты готовят из котлетного мяса. К рубленым изделиям относятся *бифштекс рубленый, шницели и котлеты натуральные рубленые*. В состав их могут входить, кроме мяса, жиры — свиной шпиг, жир-сырец, говяжий, свиной, бараний. Хлеб или крупы в эти изделия не входят. Если у вас появились подозрения о наличии хлеба в натуральных рубленых изделиях или полуфабрикатах, капните на разрез изделий 1—2 капли йода. Появление синего окрашивания свидетельствует о присутствии хлеба.

Полуфабрикаты	Содержание, %, не более	
	жира	костей
Рагу из баранины	15	20
Рагу по-домашнему	15	10
Гуляш из говядины	10	—
Мясо для шашлыка из баранины	15	—
Мясо для плова	15	—
Гуляш, поджарка, мясо для шашлыка из свинины	20	—

Изделия из котлетной массы, напротив, содержат в своем составе хлеб. Кроме того, в тефтели, например, добавляют рис, но присутствие каш или картофеля недопустимо. Если при оценке вкуса рубленых изделий обнаруживается привкус каш или картофеля, можно доказать их наличие. Для этого возьмите около 5 г полуфабриката и залейте его 100 г воды, размешайте, доведите до кипения и оставьте для отстаивания. Отстоявшуюся жидкость перелейте в другую посуду и разбавьте водой (1:10), добавьте 2—3 капли раствора люголя (он продается в аптеке). Интенсивно синий цвет, переходящий в зеленый, свидетельствует о наличии хлеба, синеватый, переходящий в грязно-

го-, зеленовато-желтый — о присутствии каш, а лиловый — картофеля.

Рубленые изделия и изделия из котлетной массы должны иметь *следующую форму*:

котлеты — яйцевидно-приплюснутую с одним заостренным концом, толщиной 15—20 мм;

биточки — округло-приплюснутую, диаметром 50—65 мм;

тефтели — шарика диаметром 30 мм;

шницели — овально-приплюснутую, толщиной 8—10 мм;

сразы — яйцевидно-приплюснутую с двумя тупыми концами.

Возникает вопрос: существует так много всевозможных мясных изделий, но почему же тогда в столовых засилие котлет? Дело в том, что использование определенных частей туши для кулинарных изделий регламентировано. Антрекот можно нарезать лишь из длиннейшей мышцы спины, что составляет 3,3 % массы говяжьей туши I категории упитанности и до 3,8 % — II категории упитанности. А котлетное мясо составляет 40,3 % — 41,1 % туши, т. е. почти половина ее должна быть использована для рубленых изделий. Поэтому и готовят в столовых неделями котлеты, тефтели, биточки и т. д.

В названиях котлет есть свои особенности. Если в меню написано: *«котлеты натуральные»*, *«котлеты рубленые натуральные»*, *«котлеты»*, знайте, это 3 совершенно разных блюда. Котлеты натуральные — порционное блюдо, они нарезаются из свиной или бараньей корейки (по одному куску на порцию) вместе с реберной костью. Котлеты рубленые натуральные готовят из котлетного мяса без добавления хлеба, что и означает слово «натуральные». Котлеты же готовят из рубленого мяса с добавлением хлеба. Технология приготовления этих блюд различна, разная и цена. Мясные изделия могут быть запанированы, т. е. покрыты сухарями или мукой.

Наличие сухожилий в изделиях из котлетной массы оценивается согласно сборнику рецептур блюд и кулинарных изделий. Говяжье котлетное мясо должно быть зачищено от сухожилий и грубой соединительной ткани, а для улучшения вкуса и сочности готовых изделий в состав нежирного котлетного мяса может быть включен жир-сырец (5—10 %). В свином же котлетном мясе допускается содержание жировой ткани не более 30 % и соединительной ткани — не более 5 %. В котлетном мясе из говядины, баранины, телятины содержание как жировой, так и соединительной ткани не должно превышать 10 %.

Какой хлеб может быть использован для приготовления котлет? Только пшеничный

хлеб 1-го и высшего сорта, обязательно черствый, иначе котлеты будут иметь мажущую консистенцию. Хлеб перед смешиванием с измельченным мясом должен быть замочен в молоке или воде. На разрезе готового изделия и полуфабриката можно увидеть степень измельчения мяса, равномерность перемешивания. Поверхность панированных изделий должна быть равномерно покрыта панировкой, не допускается ее отставание и увлажнение. Увлажнение панировки говорит или о длительном хранении полуфабрикатов, или же о чрезмерном содержании воды.

В мясо-рыбном цехе предприятия общепита готовят блинчики, голубцы, перец, кабачки фаршированные. Как определить массу фарша? Для этого следует взять не менее 3 полуфабрикатов и взвесить их. Голубцы, блинчики разверните, перец, баклажаны разрежьте и соберите фарш в предварительно взвешенную посуду, счищая остатки фарша тупой стороной ножа. Отклонение массы фарша от нормы не должно превышать $\pm 5\%$.

Что надо знать о полуфабрикатах из рыбы? Рыба должна быть очищена от плавников, внутренностей, чешуи, головы. Она может быть разделана на филе с реберными костями или без костей, с кожей и без нее, приготовлена тушкой или нарезана порционными кусками.

Если после жарки рыба не сохранила форму, а стала изогнутой, значит, на коже полуфабриката не сделали надрезы ножом, а при жарке белки кожи сократились и стянули весь кусок так, что он принял причудливую форму. Надрезы на коже препятствуют стягиванию куска. А вот если панировка рыбы после жарки не сохранилась, отстала от рыбы, значит, ее и хранили в панировке. Этого делать нельзя! Рыба при хранении выделяет влагу, впитывая которую панировка увлажняется и отстает от тушек рыбы. Поэтому панировать рыбу следует непосредственно перед жаркой.

Готовые изделия должны быть полностью прожарены. Жареные изделия из рубленого мяса и рыбы предварительно обжариваются на противне с небольшим количеством жира, а затем дожариваются до полной готовности в жарочном шкафу при 250—260 °C 5—7 мин. Температура в центре натуральных рубленых изделий должна быть не ниже 85 °C, а для изделий из котлетной массы — не ниже 90 °C. Органолептическими признаками готовности изделий является выделение бесцветного сока в месте прокола и сероватый цвет на разрезе.

Отсутствие корочки у жареных изделий, серая увлажненная поверхность свидетельствуют о том, что они доводились до

готовности под крышкой, заветренная темная поверхность отварных мясopодуктов — о том, что после варки их хранили без бульона.

Важно оценить и консистенцию соусов. Для этого слейте его тонкой струйкой из ложки в тарелку. Соус должен быть однородной, без кусков заварившейся муки, консистенции сметаны. Если в состав соуса входят лук, коренья, огурцы и др., то отделите их и проверьте состав, форму нарезки. Пробуя соус, обратите внимание на выраженность вкуса и аромата.

Оценку 5 поставьте за блюда, не имеющие отклонений. **Оценку 4** — за трещины на поверхности рубленых изделий, не точное соблюдение формы нарезки мелкокусковых полуфабрикатов, рыбы, за переваривание продуктов, недоведение до вкуса, слегка загустевший соус.

Оценка 3 ставится, если обнаружено сильное загустение соуса в тушеных блюдах, слабый пересол, слабый запах подгорелого. **Оценку 2** поставьте за пересол, неготовность изделия, подгорелость, наличие комков заварившейся муки в соусах, несоблюдение весового выхода порционных и рубленых изделий, несоблюдение сортности мяса, плохую очистку рыбы. Блюда с такой оценкой изымаются из реализации.

Как оценить качество сладких блюд и напитков

Плоды и ягоды свежие, арбуз, дыня, лимоны с сахаром — все это относится к сладким блюдам, но в столовых обычны кисели, компоты. Редко встречаются в меню желе, а вкус муссов, самбуков, кремов из сметаны, суфле ягодных не каждому даже знаком. Хотя такие блюда умеют готовить на предприятиях, в них не очень заинтересованы: блюда трудоемки, часто капризны в приготовлении, ну, а сметану 36 %-ной жирности или же сливки 35 %-ной жирности, необходимые для приготовления крема, не везде и найдешь. Вместе с тем, как советуют диетологи, обед должен заканчиваться сладким блюдом. И оно должно быть таким, чтобы общее впечатление об обеде оставалось приятным и лучше усваивалась пища. А часто встречаемые кисели и компоты не всегда соответствуют требованиям.

Какие же нарушения технологии могут привести к ухудшению качества компотов? Для того чтобы яблоки, груши или айва в компотах были красивого цвета, после нарезки их следует до варки хранить в холодной воде, слегка подкисленной лимонной кислотой. Если же свежие ягоды или яблоки в компоте разварены, потеряли форму, значит, их варили длительное время.

Длительная варка не только ухудшает внешний вид компотов, она и разрушает витамины. Даже если соблюдено время варки, витамин С разрушается на 55 %, а что же говорить о переваренных фруктах — конечно же, там этого витамина почти не осталось!

Сколько же нужно варить компот? Из свежих яблок и груш компот варят при слабом кипении не более 6—8 мин, а быстро-разваривающиеся сорта яблок (антоновские и др.) и очень спелые груши не варят, а кладут в кипящий сироп и прекращают нагрев, оставляя в сиропе до охлаждения. Ягоды, сливы, персики закладывают в горячий сироп и только доводят до кипения, затем прекращают нагрев и также оставляют в сиропе до охлаждения.

Членам общественного контроля нужно знать, что сливы, персики, абрикосы, алыча в компотах должны быть без косточек, апельсины, мандарины очищены от кожицы, а черешня и вишня от косточек не освобождаются.

Время варки компотов из сухофруктов зависит от их вида: груши — 1—2 ч, яблоки — 20—30 мин, чернослив, урюк, курага — 10—20 мин, изюм — 5—10 мин. Такие компоты должны вариться за 10—12 ч до их реализации, так как в результате настаивания в отвар переходят ароматические и вкусовые вещества, а плоды и ягоды пропитываются сахарным сиропом. За время настаивания компоты и охлаждаются, а температура их подачи должна быть 12—15 °С.

Кисели готовят тоже не всегда правильно. Почему кисели из ягод, например, имеют цвет и аромат значительно хуже, чем те ягоды, из которых они варились? Обычно потому, что ягоды варились в сиропе с крахмалом. Но чтобы кисель получился ароматным, ягоды сначала надо протереть, отжать сок, мезгу залить горячей водой, проварить при слабом кипении 10—15 мин и процедить. В отвар добавить сахар, разведенный крахмал, довести до кипения и добавить отжатый сок. Именно этот отжатый сок и придаст киселю цвет и аромат свежих ягод.

А вот яблоки, сливы, алычу без косточек для киселя предварительно отваривают, чтобы они легко протирались. Уже после этого в остывший отвар добавляют сахар и протертое пюре, доводят его до кипения, добавляют крахмал и вновь доводят до кипения.

Важно подробно все это представить себе, чтобы при оценке качества твердо знать, что, во-первых, цвет и вкус киселя должны быть выраженными и соответствовать фруктам и ягодам, из которых он варился, а во-вторых, консистенция киселей

должна быть однородной без фруктово-крахмальных комков. Кисель — это значит все протерто: и свежие фрукты, и сухофрукты (курага, апельсины, сушеные яблоки и т. д.).

В киселях не должно быть комков. Если они есть, значит, неправильно был разведен крахмал или он неправильно вводился в отвар.

Для разведения 1 части крахмала должно быть взято 5 частей воды или отвара, крахмал должен быть тщательно разведен и процежен. Вводить крахмал надо в кипящий отвар тонкой струйкой при постоянном помешивании. В зависимости от количества введенного крахмала кисели могут быть густые, средней густоты и полужидкие. В качестве сладких блюд используются густые и средней густоты кисели, полужидкие кисели используются в качестве соусов к пудингам, запеканкам и другим блюдам.

Кисель средней густоты подают в стаканах, а густые кисели разливают в формы (или на противень) и охлаждают. При отпуске кисель выкладывают из формы и подают с джемом, конфитюром, молоком. Кисели, как и компоты, должны подаваться охлажденными до температуры 12—15 °С. Если на поверхности густых киселей появилась вода — значит, кисель хранился продолжительное время. На поверхности киселя не должно быть пленки, а чтобы она не образовывалась, поверхность киселя надо посыпать сахаром.

Желе из ягод должно быть прозрачным, кремы, самбуки, муссы — мелкопористыми, без комочков нерастворившегося желатина. Если муссы оседают, расплываются — значит, недоложен желатин или длительное время кипятился желатиновый раствор. Если в нижней части форм, в которых охлаждаются самбуки, муссы, образуется слой желе, значит, эти блюда были недостаточно взбиты.

О чае. От чего зависит его качество? В общественном питании используют байховый (черный, зеленый), плиточный черный, зеленый кирпичный, и, конечно же, лучшими являются Краснодарский, цейлонский, индийский. Используемый в ресторанах чай должен быть не ниже высшего сорта. На стакан — порцию чая (200 мл) используют 2 г сухого чая в ресторанах и 1 г — в столовых. Аромат и вкус оценивают при температуре не ниже 65 °С. Если настой мутный, цвет его тускло-коричневый, значит, чай неправильно заварен или настаивался в течение длительного времени, или фальсифицирован содой либо жженым сахаром.

Если возникли подозрения о добавке жженого сахара, его нетрудно обнаружить

химическим путем. Надо приготовить раствор уксусно-кислой меди (9 г на 100 мл воды), взять 5 мл настоя заварки, добавить 2 мл приготовленного раствора, перемешать и оставить на 15—20 мин. Конечно же, это удобнее проводить в пробирке. Если в пробирке есть осадок, а цвет жидкости над осадком зеленоватый, в настое чая нет жженого сахара. Если же добавлен жженный сахар, то цвет жидкости над осадком станет зеленовато-бурым. Но вот если заварки вообще не было, а темный цвет чая был получен только лишь жженым сахаром, то и осадка не будет, и цвет жидкости окрасится в золотисто-коричневый.

Наличие соды можно определить лакмусовой бумагой. Если ее цвет при погружении в чай не изменяется, значит, соды нет. А вот если бумага окрашивается в зеленовато-синеватый цвет, значит, добавлена сода. Чем интенсивнее этот цвет, тем больше соды. Соду также хорошо демонстрирует обычная долька лимона. Каждый из нас дома, если добавляет лимон в чай, видит, как заварка светлеет. А вот в столовых так бывает не всегда: чай с лимоном продолжает оставаться коричневым — это значит, что в нем есть или сода, или жженный сахар.

Кофе натуральный может быть приготовлен с молоком, с сахаром или с молоком сгущенным. На 1 л кофе при приготовлении черного кофе используется 40 г кофе натурального молотого, кофе на молоке — 30 г, кофе на молоке сгущеном — 30 г. Готовый кофе должен быть с ароматом и вкусом зерен кофе без привкуса подгорелых зерен или подгоревшего молока.

Как правильно должны готовить кофе? В столовых при промпредприятиях кофе готовят в электрокофеварках. Кофе молотый из расчета на 1 л напитка насыпают в сетку аппарата за 5—6 мин до закипания воды. В процессе варки из кофе экстрагируются вкусовые и ароматические вещества. Если электрокофеварки нет, кофе готовят на плите. Молотый кофе заваривают отдельно в небольшой посуде, проваривают 5—6 мин, процеживают, вводят в котел с кипящей водой. Добавляют по рецептуре сахар и молоко и доводят до кипения. Молоко предварительно должно быть прокипяченным.

Как отличить кофе натуральный от кофейного напитка? Каплей йода. Кофейные напитки состоят из зерновых продуктов: ячменя, овса, ржи, в состав которых входит крахмал. Крахмал в любых продуктах при взаимодействии с йодом дает синий цвет. Кофе натуральный крахмала не содержит, и йод окрашивает жидкость в желтоватую окраску, которая постепенно исчезает.

В результате оценки качества сладких блюд и напитков за хорошее качество

продукта ставят 5 баллов. Оценку 4 — за слегка разварившиеся фрукты, ягоды, недодоведение до вкуса. Оценку 3 — за разварившиеся фрукты и ягоды, слабо выраженный вкус, запах, цвет. Оценку 2 — за комки крахмала в киселях, оседание и расплавленность желе, самбуков, муссов, фальсификацию чая и кофе, в этом случае изделие не подлежит реализации.

Помните, оценки эти, вносимые в бракеражный журнал предприятия общественного питания, являются важнейшим результатом для принятия мер по улучшению качества потребляемой вами пищи. Поэтому, если в процессе еды обнаружены отклонения от нормы качества готового продукта, оцениваемые при бракераже 2 баллами, потребитель вправе потребовать замену некачественного блюда на другое, указанное в меню, либо возврата уплаченной в кассу его стоимости при условии, что оно полностью не съедено.

Правовая сторона такого конфликта рассматривалась в предыдущей статье («Ваши права и задачи»), опубликованной в № 2/89 факультета «Твое здоровье». Точно так же можно поступить и в случае, если готовый продукт фальсифицирован либо загрязнен посторонними примесями.



ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

Присланные Вами письма с вопросами и пожеланиями для «Школы больного сахарным диабетом» обрабатываются и будут учтены в публикациях.

НАПОМИНАЕМ

что в ближайших выпусках факультета

«Твое здоровье»

из номера в номер (частями)
будет опубликована

«ШКОЛА БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»

Будут освещены волнующие наших постоянных подписчиков вопросы:

- что такое сахарный диабет, каковы нарушения обмена веществ;
- какова диета и возможности лечения;
- о лечении инсулином;
- лечение сахароснижающими таблетками (препаратами);
- самоконтроль в лечении диабета;
- особенности лечения диабета при его сочетании с другими болезнями;
- возможные осложнения сахарного диабета;
- диабет, физическая активность, спорт;
- социальная защита больных сахарным диабетом;
- взаимоотношения в семье, брак, беременность

и другие вопросы, а также присланные Вами в течение ближайших двух месяцев.

АНТОЛОГИЯ «ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ»

КАЛЛИМАХ (около 310—240 гг. до н. э.)

Что за чудесное средство нашел Полифем для влюбленных!
Геей клянусь я, Киклоп вовсе не так уже прост.
Делают Музы бессильным Эроса, Филипп, и наука
Лучшим лекарством, поверь, служит от всех его зол.
Думаю я, что и голод, при всей его тяжести, тоже
Пользу приносит одну: он отбивает любовь
К юношам. Вот что дает нам возможность бороться с Эротом...

(Перевод Л. Блуменау)

ГЕДИЛ (III век до н. э.)

Сила предательских кубков вина и любовь Никагора
К ложу успели вчера Аглаонику склонить.
Нынче приносится ею Киприде дар девичьей страсти,
Влажный еще и сейчас от благовонных масел:
Пара сандалий, грудные повязки — свидетели первых
Острых мучений любви, и наслажденья, и сна.

(Перевод Л. Блуменау)

Боги Киприда и Вакх расслабляют нам члены, и то же
С нами Подагра творит, ими рожденная дочь.

(Перевод Ю. Шульца)

АРХИЙ МИТИЛЕНСКИЙ (I век до н. э.)

Надо бежать от Эроса? Пустое! За мною на крыльях
Он по пятам, и пешком мне от него не уйти.

(Перевод Ю. Шульца)

ФИЛОДЕМ (I век до н. э.)

— Здравствуй, красавица. — Здравствуй. — Как имя? —
Свое назови мне.

Слишком скоро. — Как и ты. — Есть у тебя кто-нибудь?
— Любящий есть постоянно. — Поужинать хочешь со мною?

— Если желаешь. — Прошу. Много ли надо тебе?

— Платы вперед не беру. — Это ново. — Потом, после ночи,
Сам заплати, как найдешь... — Честно с твоей стороны.
Где ты живешь? Я пришлю. — Объясню. — Но когда же придешь
ты?

— Как ты назначишь. — Сейчас. — Ну, хорошо. Проводи.

(Перевод Л. Блуменау)

ЛУКИЛЛИЙ (I век н. э.)

Круг генитуры своей исследовал Авел-астролог:

Долго ли жить суждено? Видит — четыре часа.

С трепетом ждет он кончины. Но время проходит, а смерти

Что-то не видно; глядит — пятый уж близится час.

Жаль ему стало срамить Петосириса: смертью забытый,

Авел повесился сам в славу науки своей.

(Перевод Ф. Зелинского)

ДОМАШНЕМУ ПСИХОТЕРАПЕВТУ

Продолжаем публикацию серии статей, посвященных искусству строить и гармонизировать свои отношения с окружающими — дома, на работе, на отдыхе, основываясь на знании астрологических психотипов (типичных черт характера). Каждый из нас должен стремиться расширить возможности предупреждения душевного разлада с самим собой, с близкими, социально значимым окружением. Не случайно такой популярностью пользуются теперь, как, впрочем, и прежде в человеческой культуре, зодиакальные гороскопы.

Надо ли говорить о пользе познания самого себя, усвоения достояний культуры в этой области, хотя бы и в старинной упаковке? Но вопросы возникают и не должны оставаться без ответа. Вот почему с них и начинают свою астрологическую консультацию авторы публикуемой статьи, предназначенной тем, кто хотел бы шире посмотреть на свои взаимоотношения, задуматься о роли в них типичных черт характера.

М. Левин, Ф. Величко

СТЫКУЮТСЯ ЛИ ГРАНИ-ХАРАКТЕРОВ?

В предыдущей статье «Все врут календари?..», опубликованной в № 4/89 (июль — август) «Твое здоровье», мы рассказали о том, в какой мере характер каждого человека может быть отнесен к одному из 12 астрологических психотипов. Выяснили, что вариантов их намного больше числа всех когда-либо живших и ныне живущих на Земле людей, если, кроме даты рождения (число, месяц, год), позволяющей определить расположение Солнца и планет на зодиакальном круге, учесть и час его, чтобы знать положение Луны и восходящий знак зодиака на этот момент.

Поэтому не удивительно, что в характере любого человека присутствуют в различных сочетаниях качества всех 12 знаков зодиакального круга, хотя и преобладают черты, присущие только одному из них. И если первое обеспечивает неповторимость и уникальность каждого из нас, то второе лишь подчеркивает нашу индивидуальность в рамках некоторой общности черт, определяемой знаком зодиака.

Между тем если обратиться к расхожим теперь гороскопам, которые можно приобрести чуть ли не в табачных киосках, в них непременно даются рекомендации, касающиеся совместимости супружеских пар по зодиакальному (солнечному) знаку. Например, утверждается, что рожденным под знаком Тельца противопоказаны в браке знаки Льва, Водолея, Скорпиона, а наиболее подходящи рожденные под знаком Козерога

и Девы. У неискушенного в астрологических премудростях человека возникает законный вопрос: неужели все так категорично, да и обоснованно ли так считать?

Мы должны сразу разочаровать читателей расхожих перепечаток гороскопов: нельзя надежно ответить на вопрос о совместимости людей по одному лишь месяцу их рождения, т. е. определив только знак зодиака, в котором находилось, говоря языком астрологов, Солнце в момент рождения человека. Для более достоверного ответа брачным партнерам требуется сопоставить в каждом из обоих гороскопов (натальных карт) не менее 6 показателей (взаимные расположения планет и восходящие знаки каждого). Но главное заключается в том, что не существует «плохих» и «хороших» сочетаний зодиакальных знаков, ибо астрология различает в этой связи лишь то, что можно назвать диссонансом и консонансом (гармонией).

Иначе говоря, для астролога совместимость партнеров означает не стыковку тех или иных черт их характеров, а своего рода созвучие двух астрологических психотипов. И в этом позитивная основа таких прогнозов: выявляя условия, при которых возможна такая совместимость, астролог дает конкретные рекомендации для гармонизации взаимоотношений.

Конечно, можно убедиться на практике, что существуют характеры, несовместимые, скажем, в браке, деловом партнерстве.



Теоретически же, согласно представлениям астрологов, лишь около 3—5 % сочетаний могут оказаться принципиально неподходящими для брака. И о том, что лежит в основе астрологических представлений, как рассчитываются выводы о совместимости, напряженном либо спокойном сочетании психотипов, пойдет речь далее, чтобы перейти затем непосредственно к практическим рекомендациям.

ДВЕ ИПОСТАСИ СОВМЕСТИМОСТИ

Понимая совместимость партнеров как созвучие их психотипов, астролог важнейшее значение придает диссонансу как необходимому внутреннему условию развития любых взаимоотношений и личности как таковой. Известно, что диссонанс максимален, когда сравниваемые по натальным картам показатели относятся к знакам зодиака одного и того же качества, а консонанс максимален, когда показатели

располагаются в знаках одной и той же стихии. И чтобы уяснить, что имеется в виду под диссонансами и консонансами в сочетаниях зодиакальных знаков, попробуем разобраться в том, что понимается под стихиями и качествами.

«Хорошие» и «плохие» сочетания?

Хотя каждый из 12 астрологических психотипов отличается своей индивидуальной неповторимостью, сравнивая их описания в последовательности знаков зодиакального круга (Овен — Телец — Близнецы — Рак — Лев — Дева — Весы — Скорпион — Стрелец — Козерог — Водолей — Рыбы), нельзя не заметить сходства тех или иных присущих им характерных черт. Можно обнаружить и периодичность, с которой расположены в зодиакальном круге близкие по своим характерным чертам знаки. Дело в том, что зодиакальный круг в этом отношении представляет собой периодическую систему (вспомним Периодическую систему элементов Д. Менделеева), в основу которой положено закономерное сходство и родство.

Собственно, зодиакальная периодичность проявляется в том, что близкие характерные черты каждого из 12 астрологических психотипов наблюдаются в последовательности зодиакального круга через каждые 4 знака на пятый, например Овен — Лев — Стрелец, а родственные типы их проявлений — через каждые 3 знака на четвертый (Овен — Рак — Весы — Козерог). И знаки, близкие по характерным чертам, относятся к одной и той же стихии, а родственные по типу их проявления знаки объединены одним качеством (иногда вместо термина «качество» астрологи употребляют термин «принцип»).

Итак, четыре стихии и три принципа (качества) выражают периодичность 12 знаков зодиака ($3 \times 4 = 12$). Различные сочетания стихий и качеств в каждом знаке создают уникальность и каждого из 12 соответствующих психотипов. И таким образом, в характере людей, рожденных под разными знаками зодиака, проявляются сходство по важнейшим чертам и поведению и одновременно их уникальность. А это и принимается в расчет астрологами, когда они решают задачу о совместимости характеров и гармонизации взаимоотношений людей по принципу дополнительности (полярности). Не бывает сочетаний «плохих» и «хороших», речь может идти лишь о созвучии или несозвучии (консонансе и диссонансе) знаков и соответственно психотипов — типичных черт характеров людей.

Грани характера: СТИХИИ И КАЧЕСТВА

Что же понимается под стихиями и качествами? Подразделение зодиака на стихии и качества приводится в таблице, а расположение их на зодиакальном круге дано на иллюстрации (2-я сторона обложки). Рассмотрим вначале эти соотношения.

Четыре стихии. Если соединить прямыми линиями вершины зодиакальных знаков, относящихся к одной и той же стихии, получится вписанный в зодиакальный круг равносторонний треугольник, называемый в астрологии тригоном (в переводе с латинского означает «треугольник»). И каждый из четырех тригонов получает название соответствующей стихии — тригон Огня, тригон Воздуха, тригон Воды и тригон Земли и обозначается специальным символом.

Три качества (принципа). Если соединить прямыми линиями вершины зодиакальных знаков одного и того же качества, получится вписанный в зодиакальный круг квадрат. Каждый из трех квадратов получает название соответствующего качества — основной-кардинальный, постоянный-устойчивый и мутабельный-изменчивый и обозначается специальным символом.

Примечательно, что в оккультной традиции, восходящей к древнейшим мировоззренческим представлениям, треугольник символизировал духовное начало, квадрат — начало материальное, а соединение их — рождение жизни. Считалось, что активная и жизнеутверждающая сила духа как творческого начала побуждает материю к действию, движению, и таким образом вносятся в нее стремление к созиданию жизни, зародыш ее формы и структуры. Принимая в себя творческий импульс духа, наполняя его своей мощью и энергией, материя и рождает все многообразие форм жизни.

Так же и оккультная психология усматривала в чувствах и действиях человека проявление обоих начал — духовного и материального: первое рождает стремление и творческий импульс, второе дает этому стремлению силу и средства для проявления. Мир духа (сознания) в этой концепции — это сфера абсолютной свободы — мысль свободна, а материальный (телесный) мир ограничен подчинением строгим законам. Поэтому треугольник, как и число 3, в оккультной традиции символизировали активность и неограниченную возможность, тогда как квадрат и число 4 — ограничения, страдания, усилия.

Необходимость и созидательная сила ограничения (страдания), если остается непонятным их концептуальный смысл, предельно упрощаются и искажаются толкователями расхожих гороскопов: треугольники воспринимаются как «хорошие» сочетания знаков, а следовательно, и соответствующих психотипов, а квадраты — как «плохие» сочетания. В таких гороскопах трактуемые как «несовместимые» сочетания знаков располагаются по вершинам квадрата (на зодиакальном круге), а наиболее «совместимые» сочетания знаков образуют треугольник.

Отсюда и категоричность надуманных выводов о несовместимости в браке психотипов, например, Тельца и Скорпиона и т. д. А на основании только дат рождения каждого из партнеров и невозможно дать полную картину их взаимодействия. Наивный подход трактует хорошим и сочетания знаков второго порядка (секстил), располагающихся на зодиакальном круге посередине между двумя знаками, относящимися к одной и той же стихии, приписывая им совместимость.

Глубокая философия человеческих отношений, стоящая за астрологией, не приемлет такой подход. Творческая связь двух душ, каковой является любовь, имеет две ипостаси, два лица, обращенных к человеку, — радостное и скорбное, не разделимые в своем единстве. Полярность этой диады, символом которой являются треугольник и квадрат, определяющей совместимость — необходимое условие развития — в западной, как и восточной (китайское инь — ян) традиции.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О СТИХИИ И КАЧЕСТВАХ

Четыре стихии — Огонь, Воздух, Вода и Земля — по представлениям древних натурфилософов, определяют строение видимого мира подобно элементам Гераклита. Такой взгляд принципиально отличен от восточной традиции — пяти первоэлементов китайской натурфилософии, в которой они символизируют пять видов первоматерии, из которых образован мир. В западной традиции четыре стихии — это четыре состояния вещества — твердое, жидкое, газообразное и огненное, и существуют четыре стадии проявления вселенских сил (макрокосма) в человеке. Творческий (макрокосмический) импульс отражается в микрокосме (смотри статью «Зодиакальный человек» в № 4/89 «Твое здоровье». — Прим. ред.) сначала как идея, затем как мысль, наконец, как чувство и воплощается в действие.

Ну и что?

С этих позиций проявление стихий в человеке соответствует: Огонь — сознательной воле индивидуума, активному действующему началу; Воздух — мысли, слову, взаимодействию; Вода — жизни, чувству и связи; Земля — материалу, форме, поступку.

Классификация характеров по тригонам стихий и квадратам качеств позволяет выявить главное — люди сильны именно единством своих действий. Инициатору (знак основного квадрата — кардинальный знак) нужен продолжатель (а это знак постоянного квадрата — «фиксированный знак»; и конечно, реформатор (знак изменчивого квадрата — мутабельный знак). Ведь продолжателю нечего будет делать без инициатора, и он не сможет без реформатора остановиться вовремя в своих действиях. Жизнеспособен коллектив, в котором есть инициаторы, продолжатели и реформаторы, принадлежащие всем четырем тригонам стихий — воодушевляющие как Огонь, мыслящие широко как Воздух, практичные и надежные как Земля, все воспринимающие и приспособляющие как Вода!

Таковы уровни проявления четырех стихий в микрокосме человека. Что касается трех качеств (принципов) — это стадии развивающегося действия. Последовательное проявление качеств наблюдается, например, в астрономических сезонах года, отличающихся от общепринятых календарных, — весна и осень начинаются в дни весеннего и осеннего равноденствия, зима и лето — в дни зимнего и летнего солнцестояния.

Со времен Птолемея и его «Четверокнижия» (в «Тетрабиблосе» изложена система астрологических представлений) астрологи руководствуются тем, что в знаке зодиака, под которым начинается тот или иной сезон, как бы зарождается основное качество данного времени года. По традиции первый стоящий в начале сезона знак называется основным, или кардинальным. Следующий за ним знак по зодиакальному кругу — второй соответствует середине сезона и называется постоянным, или фиксированным.

Это значит, что качество данного сезона проявляется как бы в концентрированном виде, достигая максимума. Так, самая яркая весна проявляется под созвездием Тельца

СТИХИИ	КАЧЕСТВА		
	ОСНОВНЫЕ (ГЛАВНЫЕ) (кардинальный квадрат)	ПОСТОЯННЫЕ (фиксированный квадрат)	ИЗМЕНЧИВЫЕ (мутабельный квадрат)
	ЭНЕРГИЯ (инициатор)	ФОРМА (продолжатель)	ИДЕЯ (реформатор)
ОГОНЬ тригон воли	ОВЕН	ЛЕВ	СТРЕЛЕЦ
	Существую Иницирующий Полный энтузиазма Пролагающий путь	Творю Стабилизирующий Полный энтузиазма Руководящий	Воспринимаю Адаптирующий Полный энтузиазма Обосновывающий
ЗЕМЛЯ тригон действия	КОЗЕРОГ	ТЕЛЕЦ	ДЕВА
	Использую Иницирующий Конкретизирующий Организирующий	Обладаю Стабилизирующий Конкретизирующий Создающий	Анализирую Адаптирующий Конкретизирующий Оценивающий
ВОЗДУХ тригон мышления	ВЕСЫ	ВОДОЛЕЙ	БЛИЗНЕЦЫ
	Сравниваю Иницирующий Обдумывающий Консолидирующий	Знаю Стабилизирующий Обдумывающий Совершенствующий	Мыслю Адаптирующий Обдумывающий Информирующий
ВОДА тригон чувства	РАК	СКОРПИОН	РЫБЫ
	Переживаю Иницирующий Эмоциональный Охраняющий	Желаю Стабилизирующий Эмоциональный Открывающий тайну	Верю Адаптирующий Эмоциональный Усваивающий

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ТАБЛИЦА ЗНАКОВ ЗОДИАКА

(апрель — май), а самое жаркое лето — под созвездием Льва (июль — август), осень — в Скорпионе (октябрь — ноябрь), а лютая зима — в Водолее (январь — февраль). Что касается третьего знака сезона, предшествуя сезону следующему, он несет в себе *качество перехода и двойственности*, почему и называется *подвижным, или мутабельным (изменчивым)*.

Характеристики рассмотренных четырех стихий и трех качеств, их взаимодействие важно учитывать и в гороскопах для раскрытия полной картины возможных сочетаний психотипов. Тригоны стихий и квадраты качеств составляют вместе диалектическое единство зодиака, ведь *каждый знак зодиакального круга* относится к одному из тригонов и одновременно включен в соответствующий квадрат.

Если обратиться к таблице, приведенной в тексте, легко можно найти взаимосвязь и взаимные отношения зодиакальных характеров с учетом именно *единства стихий и качеств* (тригоны и квадраты). Так сверху вниз в четырех строках под каждым знаком зодиака приведены следующие сведения: в верхней строке показан способ существования, в нижеследующей — характер квадрата, в предпоследней — характер тригона, в последней — основная особенность знака.

Нетрудно заметить, что в последовательности квадратов (*основной — постоянный — изменчивый*) выражается диалектическое «тезис — антитезис — синтез». Квадрат *изменчивый* сочетает в себе признаки квадратов *основного и постоянного*, однако без их крайностей. Прослеживается также аналогия между тригонами стихий и квадратами качеств: *основной квадрат* напоминает стихию огня, *фиксированный квадрат (постоянный)* ассоциируется со стихией земли, а *изменчивый квадрат* сочетает в себе свойства стихии воды и воздуха. Что это дает?

Тригоны стихий

На зодиакальном круге последовательно чередуются полярности: Овен — мужской знак, Телец — женский, Близнецы — мужской, Рак — женский и т. д. К мужским знакам относятся тригоны Огня и Воздуха, к женским — тригоны Воды и Земли. Так стихии *распадаются на две полярные группы* — на мужские и женские знаки, по шесть знаков зодиака в каждой.

Мужские знаки обладают большим динамизмом, подвижностью, менее восприимчивы к внешним воздействиям и склонны сами активно влиять на окружающий мир. Их цели и задачи лежат в мире социальных, объективных отношений. Им присуща

способность быстрее реагировать на изменение внешней обстановки и отвечать на него действием, а во взаимодействии с другими знаками задавать общий тон и направление.

Женские знаки более устойчивы, постоянны, медленнее изменяют свои установки и привычные формы поведения. При этом они обладают большей выносливостью и внутренней прочностью. Во взаимодействии лучше слышат партнера, тоньше реагируют на его состояние и в *противоположность мужским знакам более значим для них собственный внутренний мир*. Их ценности сильнее связаны с семьей, домом, сферой субъективных человеческих отношений.

Такое сочетание высокой восприимчивости и внутренней устойчивости кажется парадоксальным, но именно внутренняя прочность и большой запас жизненной энергии позволяют женским знакам более тонко реагировать на внутренний мир других людей, не теряя при этом своего. *Внутренние перемены для них не разрушительны. В социальных же отношениях они больше стремятся к надежным прочным формам*, поскольку здесь чувствуют себя менее уверенно, чем мужские знаки, и недостаток собственной устойчивости стремятся компенсировать прочностью внешних форм.

Принцип дополнительности, или полярности, проявляется в том, что истинная сила всегда сочетается с мягкостью и открытостью. Жесткость, закрытость, замкнутость, скрытность и агрессивность — признаки слабости. В этой связи полезно вспомнить выражение этого принципа в философии даосизма: «Сильное и жесткое погибает, мягкое и слабое живет». А теперь перейдем к характеристикам стихий.

СТИХИЯ ОГНЯ

По представлениям древних астрологов и философов, стихия огня — мировой источник активности и движения, пассивный, неподвижный материальный мир пробуждается к жизни действием небесного огня — первичным деятельным началом мироздания. Проявляющийся в мире в виде тепла и света *Первичный Огонь* отдавал свой импульс другим стихиям, побуждая их проявить скрытые возможности.

В круге зодиака тригон огня представлен знаками Овна (с 21 марта по 20 апреля), Льва (с 23 июля по 23 августа) и Стрельца (с 23 ноября по 21 декабря).

В психотипах, соответствующих огненным знакам, выделяется в первую очередь активность, самостоятельность, стремление быть независимым и реализовать свою творческую энергию в какой-либо деятельно-

сти. Важно, чтобы это было собственное дело, а не так, чтобы кто-то постоянно стоял за спиной и давал указания: пусть даже небольшой участок работы, но самостоятельный. Чувство ответственности за дело характеризует психотипы огненных знаков. Это придает им силы в работе. Они не очень любят учиться у других (задевает их самолюбие) и поэтому стараются во всем разобраться самостоятельно, предпочитая не обращаться с просьбами.

Деятельность их целенаправленна, но зачастую не хватает терпения: встречая серьезные препятствия, они стремятся преодолеть их одним решительным усилием. Если это не получается, наступает спад, и тогда они меняют направление деятельности, хотя, отдохнув, могут снова вернуться к прежней работе.

Стихия огня придает им скорее спринтерские, чем стайерские качества. Они плохо рассчитывают свои силы на длинной дистанции, выкладываясь в самом начале. Им трудно помнить о двух делах одновременно: увлекшись чем-то одним, забывают обо всем остальном, и во всех жизненных ситуациях проявляется эта цельность стихии огня — не любят раздваиваться. В отношениях с другими людьми стараются не занимать зависимого положения, но предпочитают сами нести ответственность за других.

СТИХИЯ ВОЗДУХА

Легкая, подвижная, заполняющая все свободное пространство стихия воздуха в астрологической традиции несет в себе воплощение принципа взаимодействия. В древности стихию эту связывали со всепроникающим, вездесущим духом, проводившим через себя и распределявшим в мире творческую силу стихии огня.

Тригон воздуха представлен знаками: Весы (с 24 сентября по 23 октября), Водолей (с 21 января по 19 февраля) и Близнецы (с 22 мая по 21 июня).

В символике зодиакальных знаков эти три знака включают в себя изображение фигуры человека. Так выражается традиционное представление о том, что стихия воздуха является средой, через которую проявляется основное человеческое качество — способность к духовному общению. И психологические характеристики, относящиеся к психотипам воздушных знаков, подчеркивают это основное качество: общительность, контактность, способность к взаимодействию.

Стихия воздуха придает им демократичность, способности с легкостью переходить кастовые и сословные границы, легко переключаться с одного предмета на другой,

одновременно держать в поле внимания несколько различных дел, что очень помогает в общении и работе. Способствуют этому интеллектуальная восприимчивость, умение быстро усваивать новые для себя идеи и легко заводить знакомства. Вместе с тем восприятие требует постоянного переключения с одного предмета на другой, постоянной новизны и частой смены впечатлений. Поэтому психотипы воздушных знаков не отличаются большим постоянством — однообразная кропотливая работа их утомляет, что вынуждает переключать внимание на что-нибудь другое.

Способность соединять совершенно различные сферы переносится и в эмоциональную жизнь: увлечение многим не создает внутреннего дискомфорта. Характеризует психотип легкая дружелюбная натура, избегающая давления и жесткости в эмоциональной атмосфере. Воздушные знаки не стремятся к конфликтам, им легче уступить, пойти на компромисс или вообще покинуть негармоничную среду, а способность быстрого переключения внимания и оптимизм позволяют легче, чем знаки других стихий, переносить неудачи в эмоциональной сфере.

СТИХИЯ ВОДЫ

В космологических мифах древних шумеров, как и в других религиозных традициях, живой космос вышел из Мирового океана — космического материнского начала. Стихия воды символизирует собой материнское начало мира, рождающее из себя все сущее под действием космической стихии огня.

В зодиаке тригон Воды представлен знаками. Рак (с 22 июня по 22 июля), Скорпион (с 24 октября по 22 ноября) и Рыбы (с 20 февраля по 20 марта).

Представители водной стихии отличаются высокой эмоциональной восприимчивостью к эмоциям окружающих, чувствительностью, тонко чувствуют их отношение к себе. Их пластичная психика позволяет легко приспосабливаться к новым обстоятельствам и к незнакомой обстановке, но лучше всего они чувствуют себя на своей территории, в привычном кругу. В сравнении со знаками других стихий они больше погружены во внутренний мир собственных переживаний, и это качество усиливается их развитым воображением. Эмоциональные связи для водных знаков важнее деловых, и они отличаются большим постоянством в своих чувствах. При этом они способны совершить непредсказуемые и даже нелепые поступки, а часто бывает и так, что их связи наслаиваются друг на друга, создавая ситуации, в которых им самим трудно разобраться.

Восприимчивость водных знаков часто делает их зависимыми от окружения, в котором они живут. Но при всей своей внешней пластичности они обладают очень большой психической выносливостью. Могучая жизненная сила Воды дает способность подниматься после самых сокрушительных поражений, хотя они часто падают духом из-за мелких неудач и долго их потом переживают.

В деловой сфере психотипы водных знаков не отличаются большой собранностью. Их дела часто в беспорядке, а работоспособность зависит от эмоционального состояния и отношений с партнерами, но психическая выносливость помогает им выполнять любую, даже самую тяжелую и неприятную работу. Их тихое упорство и чувство ответственности за тех, кого они любят, дает им силы вытаскивать на своих плечах самые безнадежные ситуации.

СТИХИЯ ЗЕМЛИ

Земная твердь — четвертая стихия мира, символ материальности и заверченного действия. В философских воззрениях Древней Индии, Шумера и Египта она была последней ступенью воплощения Творческого начала. На этой ступени Идея, которую несет в себе космическая стихия огня, обретает плоть и становится воплощенной формой. Стихия земли несет в себе неисчерпаемое богатство, которое должно проявиться.

Земной тригон представлен знаками: Козерог (с 22 декабря по 20 января), Телец (с 21 апреля по 21 мая) и Дева (с 25 августа по 23 сентября).

Одно из основных свойств земной стихии — способность хорошо удерживать форму и структуру. Земные знаки медленно обучаются, медленно воспринимают новое, но, восприняв, держат его мертвой хваткой. Прочность, надежность, конкретность, редкая работоспособность делают представителей земной стихии прекрасными работниками, способными выполнять, не отвлекаясь, самую мелкую и кропотливую работу. Они предпочитают делать то, что хорошо знают, и не любят часто переключаться с одного предмета на другой.

Новые знакомства заводят не очень охотно, сходятся с людьми медленно. Немногие могут до конца преодолеть их внутреннюю границу и отстраненность. Одна из причин этой внутренней изолированности заключается в недостаточной уверенности в себе при большой чувствительности и эмоциональности. Земные знаки менее склонны демонстрировать свои чувства, чем водные, но они реагируют на обиду

и резкость ничуть не слабее. Внутренняя жизнь представителей земной стихии очень богата и интенсивна, но только очень тонкий и чувствительный человек может прикоснуться к ней.

Выносливость, терпение позволяют Земле переносить многие трудности. Земные знаки обладают удивительной способностью прощать все тем, к кому привязаны. В своих чувствах они очень постоянны, единственное, чего не простят никогда, это разрыва (измены). Психотипы земных знаков не обладают такой пластичностью, как водных и воздушных знаков, склеить разбитое уже не в состоянии, так как всегда помнят пережитый шок.

Квадраты качества

Итак, мы рассмотрели комплексы черт характера, объединенные общим философским понятием *стихий*. Теперь же посмотрим, как характер человека проявляется в действии. Иными словами, перейдем к качествам. Различаются три фазы любого действия: *начало* (инициатива), *развитие* (продолжение начатого) и *преобразование* (перемена стратегии и тактики, когда действие в своем развитии изживает себя и становится бесперспективным).

Зодиакальный круг дает нам три набора знаков — квадраты качеств, в каждом из которых психотипы реагируют сходным образом. При этом психотипам знаков, принадлежащих к одному и тому же набору (квадрату), особенно удается реализация одной из трех фаз действия или проявления. Эти наборы или комбинации знаков по типу их проявления получили в астрологии название квадратов качеств, потому что знаки зодиака, входящие в комбинацию, отстоят друг от друга на 90° и, будучи соединены в круг прямыми линиями, образуют квадрат.

Кардинальный квадрат

Это основные (главные) знаки зодиака: Овен, Рак, Весы, Козерог. Проявляют себя во внешней деятельности как *инициаторы*, энергично, честолюбиво, с чувством собственного достоинства и предприимчивостью. Они деятельны, независимы и стремятся во всяком деле достичь вершин и встать у руля. Их характеризуют высокая работоспособность, умение преодолевать препятствия и то, что называется пробивными способностями.

Можно сказать, что действия людей этого типа приводят материальные тела и события в движение; в «колесе жизни» — кардинальный квадрат — его обод: всегда в движении



и с максимальной скоростью. Недостатком этого типа является «короткое дыхание»: «кардиналы» тратят много энергии на первых этапах и к финишу приходят полностью выложившись. Исключением является психотип Козерога, который умеет экономно распределить силы на все этапы пути и даже имеет тенденцию приберечь их на последний рывок.

Каждый из входящих в квадрат главных (основных, кардинальных) знаков вносит в действие свою окраску, как бы придает свой тембр звучанию общей для всего квадрата ноты. Психотип Овна заражает энтузиазмом и пролагает путь. Психотип Рака придает действию эмоциональную окраску и тщательно оберегает тылы в ходе наступления, психотип Весов вносит разумную мотивацию в действие и прослеживает взаимосвязь всех составных частей, а психотип Козерога выступает организованно, с конкретным анализом обстановки, не упуская ни одного благоприятного обстоятельства.

Фиксированный квадрат

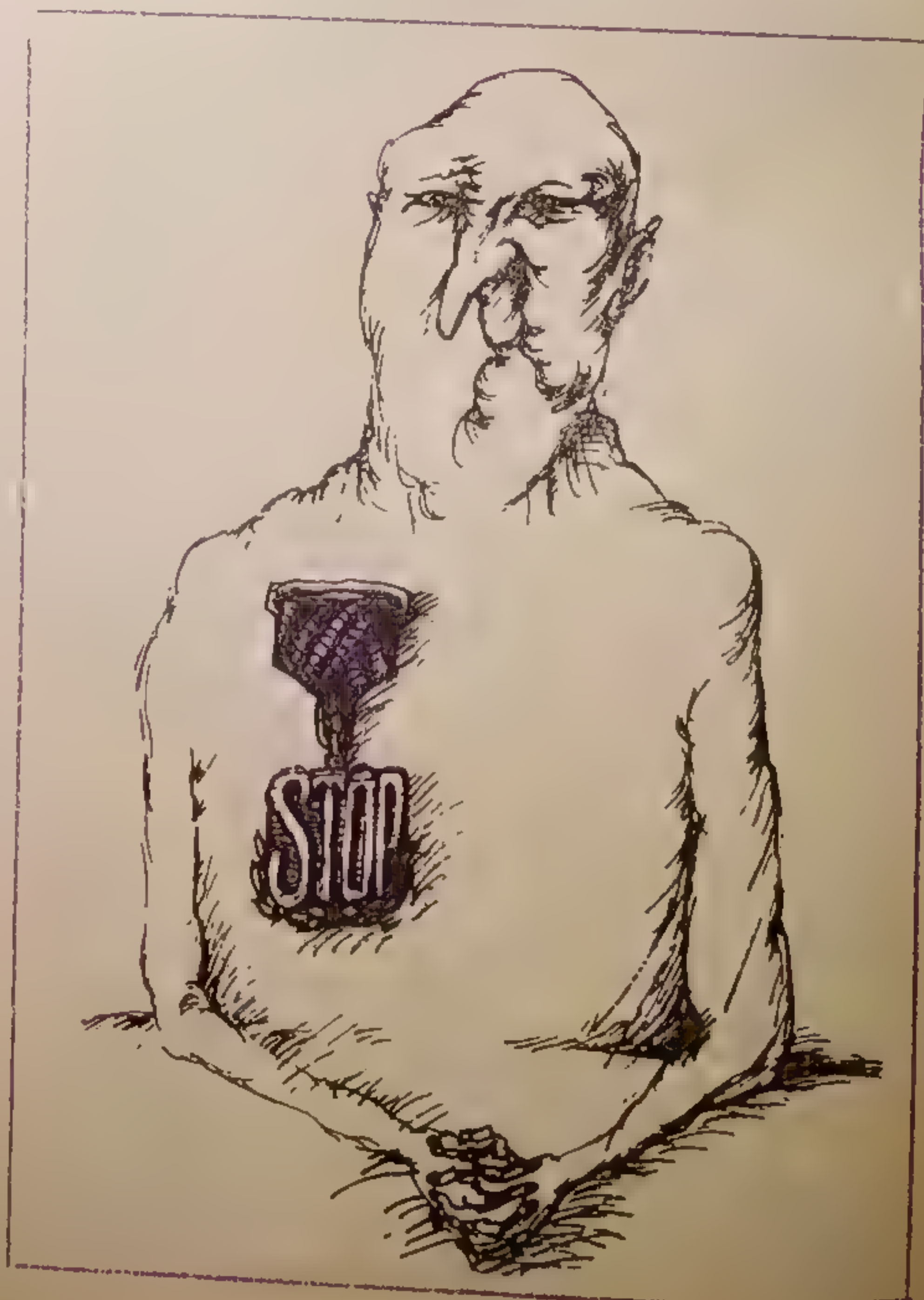
Постоянные (консервативные) знаки — Телец, Лев, Скорпион, Водолей. Это психотипы продолжателей, оформителей действий, реализаторов идей. Они действуют методично и настойчиво, заботясь об удержании, укреплении и сохранении

достигнутого, любят пользоваться проверенными методами. Люди этого склада достигают цели упорством, выдержкой, целеустремленностью, обладая твердой волей, верны своим убеждениям и привязанностям.

По характеру действия знаки фиксированного квадрата подобны набравшему скорость тяжелому железнодорожному составу, они неудержимо стремятся вперед, и даже когда отключена тяга (исчезла мотивация действия), долго двигаются по инерции. Эти люди умеют доводить начатое дело до конца, на их постоянство можно положиться. Недостатки людей постоянного знака — упрямство, некоторая узость кругозора, консерватизм, — с лихвой компенсируются их неоценимой способностью к созидательной деятельности.

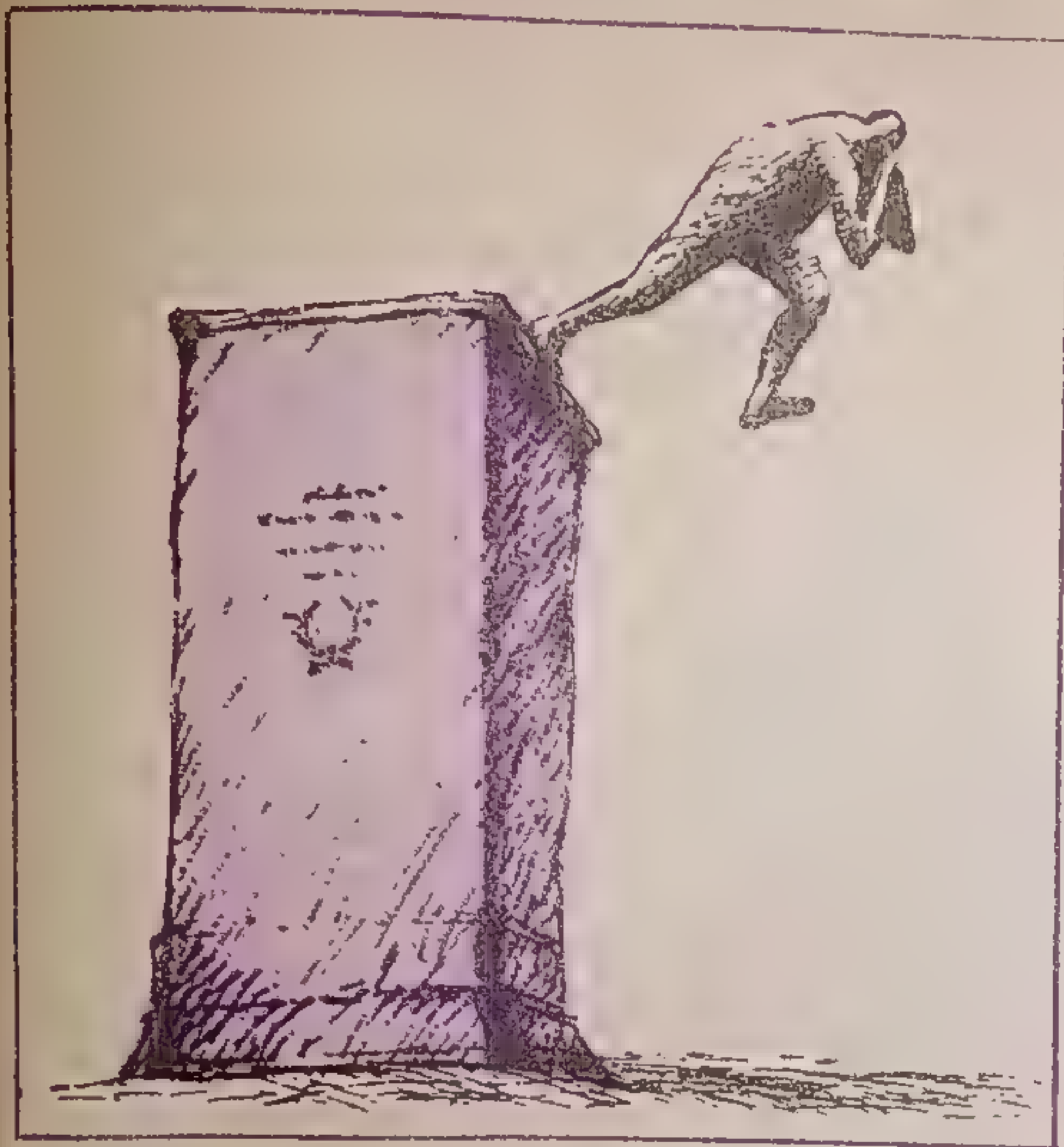
Как и в случае главных знаков, последний знак фиксированного квадрата (Водолей) несколько отклоняется от общего типа: в нем почти отсутствуют консерватизм и сильно духовное начало, несколько снижающее целеустремленность, — Водолей способен отвлекаться от основной задачи.

В своих проявлениях знаки фиксированного квадрата, так же как и знаки кардинального квадрата, различаются по тональности. Психотип Лев вступает в дело воодушевленно, вносит в него некоторый драматический элемент и стремится держать



все нити в своих руках — это делец-организатор. *Телец* же приступает к делу основательно, конкретно и только в том случае, если он убежден в пользе всего мероприятия, — это труженик-созидатель.

Скорпион действует очень эмоционально, его побуждающий мотив — «я желаю», при этом он сразу же выясняет «всю подноготную» дела, выявляет пружины, приводящие его в действие, и таким образом, очень эффективно берет за самое слабое звено мероприятия. *Скорпион* — рискованный тип



и часто выигрывает гонку жизни на головокружительном вираже. Будучи, пожалуй, самым энергетически богатым знаком зодиака, *Скорпион* любит во всяком действии «ходить по краю» и «балансировать над бездной».

Водолей — самый большой интеллектуал среди знаков фиксированного квадрата, стремится во всяком действии иметь как можно больше информации, поднимает его на высоту мировых проблем, захватывает широко, непрерывно совершенствует, модернизирует средство достижения цели и всегда видит отдаленную перспективу своего действия — это деятель-новатор.

Мутабельный квадрат

Изменчивые (переменчивые, непостоянные, лабильные) знаки — *Близнецы*, *Дева*, *Стрелец*, *Рыбы*. Это психотипы реформаторов, особенно ценные там, где необходимо изменить действие, придать ему новый смысл, переориентировать на новые цели. Даже по названию квадрата ясно, что люди

этого типа подвержены внешним влияниям и в своих действиях руководствуются конкретной обстановкой. Им присущи гибкость ума, хорошая адаптация, изобретательность, они хорошо постигают ритмичность процесса, приливы и отливы действия, применяют гибкую тактику. Психотипы мутаблей как бы выравнивают крайности *кардинального* и *фиксированного квадратов*, выступая в роли примирителей противоположающихся сторон (среди людей этого склада много пацифистов). В каждом своем действии они видят положительную и отрицательную стороны, понимают относительность всего создающегося и часто колеблются в выборе направления. Недаром квадрат составляют два двойных знака — *Близнецы*, *Рыбы* и единственный в зодиаке комбинированный *Стрелец*, изображаемый как торс человека на конском туловище (*Кентавр*).

Представители *мутабельного квадрата* часто взваливают на свои плечи непосильную ношу, обещают выполнить невыполнимое, твердо веря в этот момент, что задача им по силам. Поэтому на мутаблей нельзя полностью положиться. Их гибкость, лабильность без твердого руководства могут трансформироваться в сугубо отрицательное качество — стремление плыть по воле волн, куда ветер дует. В критических ситуациях они как бы замирают, не зная, что предпринять.

Интуитивно чувствуя в себе это качество, психотипы *мутабельного квадрата* стараются уклониться, ускользнуть от решительного «или — или». Проявлениями характерных черт своего знака *Близнецы* подчеркивают интеллектуальную сторону действия, его соответствие назначению и обстановке и одновременно его взаимосвязь с другими действиями. *Дева* приступает к действию, тщательно проанализировав его, и придает большое значение конкретным деталям операции. *Стрелец* включается в дело азартно, с размахом, обязательно подведя под него «теоретическую базу». *Рыбы* проявляют себя эмоционально, активно усваивают опыт в процессе действия, непрерывно пробуют все возможные направления, стремятся к оптимальному решению (чтобы волки были сыты и овцы целы).

АСТРОЛОГИЯ И КУЛЬТУРА: ВОСТОК — ЗАПАД

В современной Индии и на Цейлоне, где традиции чрезвычайно сильны, до сих пор почти ни один брак не обходится без астрологического прогноза. Процедура продолжается несколько часов. Сначала составляются гороскопы жениха и невесты,

после чего астролог со своими учениками уходит в соседнее помещение и они долго совещаются, а вернувшись, торжественно сообщают присутствующим родственникам свое заключение.

Если ответ положительный, астролог обязательно скажет, что следует делать молодым, чтобы брак их был счастливым. Если же ответ на вопрос, подходят ли они друг для друга, отрицателен (что случается не слишком часто), то свадьба отменяется. Бывает, что отрицательное заключение — это результат предварительной договоренности с астрологом. Во всяком случае, когда возникают какие-либо неожиданные социальные препятствия для брака, несовместимость гороскопов служит наиболее тактичным и удобным поводом расторжения помолвки.

Астрология и хронология

Касаясь восточной астрологической традиции, надо сказать, что, кроме привычных для Запада зодиакальных знаков, в ней в Китае, Японии, Вьетнаме и т. д. присутствует еще один двенадцатиричный цикл — двенадцатилетний, символически отображенный в так называемом животном (годы имеют имя собственное по названиям животных) цикле, начинающемся с года Крысы (Мыши) и заканчивающемся годом Свиньи (Кабана). В последнее время и у нас распространились восточные гороскопы (как их называют в расхожих перепечатках) с перечнем «совместимых» и «несовместимых» в браке «животных» (годов рождений каждого из партнеров).

И все же, насколько можно доверять утверждению, что, скажем, мужчина, родившийся в год Змеи (например, в 1941, 1953), не должен жениться на женщине, родившейся в год Свиньи (например, в 1947, 1959...)? Прежде чем ответить на этот вопрос, рассмотрим, что представляет собой восточный зодиак — двенадцатилетний «животный» цикл. (Как хронологическая система — лунно-солнечно-юпитерный календарь, традиционно используемый в странах Юго-Восточной Азии, в котором «животные» названия всех 12 лет играют роль вспомогательного атрибута (двенадцатилетний цикл был описан в статье «Хронология, биоритмы, здоровье», опубликованной в № 1/89 «Твое здоровье». — Прим. ред.).

Двенадцатилетний цикл соответствует периоду времени, за который Юпитер — самая большая планета Солнечной системы совершает полный видимый оборот относительно звезд на земном небе. При этом в китайской астрологии не учитывается

прецессия (смещение точки весеннего равноденствия относительно звезд), а за начало отсчета метафизически принимается то положение, которое эта точка занимала 4 тысячелетия назад (смотри статью «Солнечный год и «небесная» календарная система», опубликованную в № 3/89 «Твое здоровье». — Прим. ред.) во время возникновения астрологических школ в Китае.

В отличие от западной традиции, в которой цикл (зодиакальный круг) основан на солнечном годе, в восточной традиции «животный круг» (зодиак) сочетает в себе три цикла: Солнца, Луны и Юпитера. Очередной год 12-летнего круга «животных» начинается первым новолунием в Водолее, а каждый год происходит от 12 до 13 новолуний, так как продолжительность лунного месяца колеблется в пределах от 29,5 до 30,5 дня (смотри статью «Что надо знать о лунных циклах», опубликованную в № 2/89 «Твое здоровье». — Прим. ред.).

Таким образом, пока Солнце проходит один знак зодиака, может пройти одно или два новолуния и день первого новолуния, когда Солнце находится в знаке Водолея (с 20 января по 18 февраля), считают первым днем Нового года по восточному календарю. Но в отличие от хронологии в традиционной китайской астрологии Юпитер не занимает такого ведущего положения, как это может показаться читателям расхожих восточных гороскопов.

Китайский астролог берет в расчет те же планеты, которые используются в гороскопе астролога в Индии или во Франции, но самое большое значение китайская астрология придает взаимному расположению Солнца и Луны, учитывается также, в какой по порядку день года (по восточному календарю) произошло или должно произойти данное событие. Особое внимание, которое уделяется году (например, Крысы или Свиньи) в популярных текстах, связано с тем, что год рождения человека известен, а для расчета фаз Луны в момент рождения требуются специальные таблицы и знание, как ими пользоваться.

Индивидуальное и общее

Что же дает учет года рождения? Какие выводы относительно характера человека и совместимости характеров возможны по годам?

Дело в том, что в рамках 12-летнего цикла Юпитера рожденные в пределах одного и того же года люди к своим 24 годам (два цикла) вырабатывают характерную для своего поколения ориентацию в социальном поведении, систему социально значимых ценностей, при этом психотип их испытывает

и формирующее личность влияние среды. Именно с этих позиций рассматривают астрологи характер и поведение человека, зная его год рождения. Под этим же углом зрения подходят к выяснению совместимости.

Безусловно, можно только гадать о том, как могут быть связаны индивидуальные, наследственные черты человека, такие, как *тип нервной системы, мышления, эмоциональная сфера с движениями высших планет*: влияние их не соизмеримо с физиологическими процессами во времени и не может быть непосредственным в пространстве. Однако циклы Юпитера (и Сатурна), согласно астрологической традиции, оказывают влияние на состояние биосоциальной среды, в которой живет человек. А ведь характер его, кроме индивидуальных черт, носит на себе отпечаток этой среды.

«Люди больше похожи на свое время, чем на своих отцов» — гласит поговорка. Астрологический механизм этого явления заключается в том, что *высшие планеты опосредованно, через биосоциальную среду оказывают влияние на те формы и способы, с помощью которых устанавливаются связи в социуме. Речь идет о системе социальных ориентиров, ценностей, формах социального поведения, способности к социальной адаптации.*

Все это является важнейшей стороной развития индивидуализма в обществе, а в сочетании с чисто индивидуальными (наследственными) характеристиками создает уникальную картину многообразия человеческого поведения. Но влияние это не может не быть общим для многих людей одного возраста (по годам в рамках 12-летнего цикла). И мы практически сталкиваемся с существованием *характерных черт целых поколений, таких, как социальное поведение, связанное с мировосприятием, различие в системах ценностей «отцов» и «детей», смены стилей и эпох в культуре.*

Что касается совместимости характеров людей, то можно убедиться на практике, какое значение для семейной жизни имеет *система ценностей каждого из супругов.* Важно знать, к чему кто стремится, чего хочет достичь, что для человека важно, а что нет.

Известно, что если муж стремится, скажем, только к материальному достатку и занимается накопительством, а жена хочет иметь широкий кругозор, полный дом гостей или возможность тратить как хочется, причин для взаимного непонимания, конфликтов в выяснении отношений (кто хозяин положения) будет немало. Так и в вопросе

о том, чье мнение важнее для каждого из супругов, в чьих глазах стремятся они выглядеть лучше (своего ли супруга, родственников ли, друзей, начальства и т. д.), требуется взаимопонимание.

Когда люди живут под одной крышей и стремление каждого из них к социальной устойчивости, и упорство в достижении своих целей, и способность соотносить свои ценности и цели с таковыми других — все это приобретает огромное значение для их *психологической совместимости.* И в этом отношении восточная традиция выводит нас за рамки принятого в западной культуре.

Дело в том, что в культурах Востока (Китай, Япония, Вьетнам и др.) *включенность в социум (общество)* ставится значительно выше индивидуальной свободы, иными словами, человек на Востоке более склонен подчинять индивидуальные цели и ценности задачам группы, клана, вне которых он не мыслит своего существования. Ромео и Джульетта не могли бы стать положительными героями в восточной трагедии. Китайский Ромео скорее всего послушается своих родителей, а японская мать внушает своему ребенку: *не делай так, над тобой будут смеяться.* С раннего детства мнение окружающих становится высшим критерием поведения человека.

Вот почему и черты характера, испытывающие такое влияние социума, согласно



астрологической традиции, подчиняющиеся циклам высших планет, оказываются на первом месте в оценке совместимости психотипов. И таким образом, по году рождения мужа и жены астрологи делают вывод о важнейшем на Востоке факторе совместимости. Для человека западной культуры этот фактор не главный, он более «автономен» в своих проявлениях в обществе, в котором регулирующие взаимоотношения влияние оказывают совесть (религия) и право.

Западная культура формировалась под совместным влиянием идей христианства, древнегреческой (аккумулировавшей в себе достижения более ранних цивилизаций) философии и искусства, наконец, римского права. Герой западной культуры — Сократ, принявший смерть во имя истины, но не принявший авторитет агоры. Права и свободы отдельного гражданина охраняли еще римские законы, а совесть в каждом человеке отражала не мнение окружающих и сильных мира, но становилась гласом Божиим. И вместе с индивидуальной — не родовой, не коллективной — ответственностью за свои поступки формировался тип культуры, в котором точка зрения личности,

ее права ставятся значительно выше, чем на Востоке. Ценность индивидуальности, уникальность ее черт, независимость поведения, самостоятельность в выборе целей — этими завоеваниями цивилизации Запад сильно отличается от Востока.

Поэтому, когда речь идет о гороскопах человека западной или восточной культуры, оценка влияния на совместимость общих и индивидуальных характеристик будет для них различной, и переносить восточные астрологические методы (например, цикл Юпитера — Сатурна) и интерпретации на западную почву надо с большой осторожностью, учитывая принципиальные различия культурных традиций. Тем более когда выводы делаются о совместимости брачных партнеров, поскольку на Востоке формы семейной жизни больше подчиняются традиции, а поведение в семье менее индивидуализировано, чем в западной культуре.

О характерных проблемах, возникающих в семье на основе неблагоприятных соотношений стихий и качеств солнечного знака каждого из супругов, будет рассказано в следующей публикации, в которой мы дадим читателю конкретные практические рекомендации.

ВЗГЛЯД НА ЛИЦО ЧЕЛОВЕКА: ВЧЕРА — СЕГОДНЯ

В нашей постоянной рубрике «Фенология здоровья»

в 1995 году

в серии публикаций (из номера в номер) будет рассказано о том, как овладеть мимикой лица в психотерапевтических целях, лечебным массажем лица и точек ушной раковины (аурикулопунктурой).

Лицо — «зеркало души» человека — гласит народная мудрость

Читатель познает

с опытом наблюдений физиогномистов, распознававших состояние здоровья и психики по внешнему облику, и с сегодняшним взглядом на особенности черт лица, мимики больных и здоровых людей, наконец, со столь популярной ныне иридодиагностикой

ПРОГНОЗ «ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ»

ОКТЯБРЬ

НОЯБРЬ

Подверженность вашего настроения колебаниям

Дни эмоциональной неустойчивости	2, 7, 11, 14, 20, 21, 29	2, 6, 7, 12, 16, 24, 26
Дни благоприятные	5, 9, 15, 28, 31	4, 7, 21, 29
Дни повышенной конфликтности	1, 3, 10, 13, 19, 27	5, 10, 13, 20, 23, 30

Влияние на вашу волевою сферу (активность)

Дни, благоприятные для деловой активности	5, 12, 19, 24, 25, 28, 31	1, 4, 8, 16, 21, 24, 29
Дни напряженки, трудные для контактов и принятия решений	1, 4, 7, 14, 21, 29	5, 6, 10, 13, 18, 19, 23, 30
Дни, требующие повышенной сосредоточенности, осторожности	2, 3, 10, 16, 20, 27	3, 7, 12, 14, 15, 20, 26, 28

Влияние на вашу интеллектуальную деятельность

Дни большей продуктивности мышления	1, 5, 9, 23, 25, 28, 31	1, 3, 5, 8, 18, 19, 21, 24, 25, 29
Дни меньшей продуктивности мышления	2, 4, 6, 13, 17, 20, 24, 28	2, 6, 10, 13, 14, 18, 20

Предупреждение непредвиденных ситуаций

Дни, благоприятные для поездок и путешествий	5, 9, 15, 25, 30	1, 2, 4, 8, 21, 28, 29
Дни, особо неблагоприятные для поездок и путешествий	2, 4, 10, 13, 14, 17, 27	6, 10, 13, 16, 18, 23, 27
Дни повышенного травматизма и аварий	1, 3, 8, 13, 14, 16, 20, 27	3, 6, 7, 10, 13, 20, 23, 26

Примечание. В указанных днях начало суток рассчитано по московскому времени.

М. Б. ЛЕВИН, Т. М. МИТЯЕВА

К СВЕДЕНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

В выпусках факультета
«ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ»
в 1990 году

из номера в номер
будет публиковаться
«ШКОЛА ДОМАШНЕГО
АСТРОЛОГА»

Вы научитесь самостоятельно
строить календарные прогнозы
для учета биоритмов, составлять
индивидуальные гороскопы

Подписной индекс — 70063

В розничную продажу издание
«Твое здоровье» не поступает



НА НАШЕЙ ОБЛОЖКЕ:

Вячеслав КАЛИНИН. *День и ночь... утро и вечер, юность и зрелость, ясность и марихуана.* Холст, масло

На первой стороне обложки рисунок Виталия Пескова

На третьей стороне обложки рисунки М. Златковского, В. Дубова, А. Пашкова

К 16 Как разомкнуть порочный круг.— М.: Знание, 1989.— Вып. 1.— 96 с.— (Нар. ун-т. Факультет «Твое здоровье»; № 5). ISBN 5-07-000931-1

40 к.

Основу выпуска составляют научно-популярные очерки М. Г. Цетлина и Л. А. Пороховой «Как заболевают алкоголизмом», А. Г. Зеренина «Что такое наркомания», Г. В. Мардановой «Напился как свинья...». В рубриках рассказано о современном взгляде на кожный рисунок ладоней и пальцев рук, о возможностях защиты потребителя в сфере общепита, дается биоритмологический прогноз, публикуются выступление К. П. Бутейко о сущности метода ликвидации глубокого дыхания, микромассаж точек баланса, советы психолога для самоконтроля эмоциональных переживаний, статья М. В. Левина и Ф. К. Величко «Стыкуются ли грани характеров?».

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

4108110000

ББК 54.194

В тексте:
живопись В. Бондаренко,
П. Филонова,
Леонардо да Брессаноне
(Тинхарт фон Бриксен),
А. Куркина,
графики А. Элмара,
юмористические рисунки
М. Златковского,
Ю. Воскобойникова,
В. Голубева,
В. Горюнова, И. Анчукова,
В. Пескова,
А. Норта и В. Джемесюка,
В. Дубова, Н. Малова,
В. Ашманова, Н. Белевцева,
Р. Витковского,
а также рисунок из журнала
«Чжунго цзяньшэ» (КНР)

Научно-популярное издание

КАК РАЗОМКНУТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ

Редактор В. С. АЛГУЛЬЯН

Художники-оформители:

В. КОНЮХОВ,
Н. ПЬЯНЫХ,
Т. ЧИРКОВА

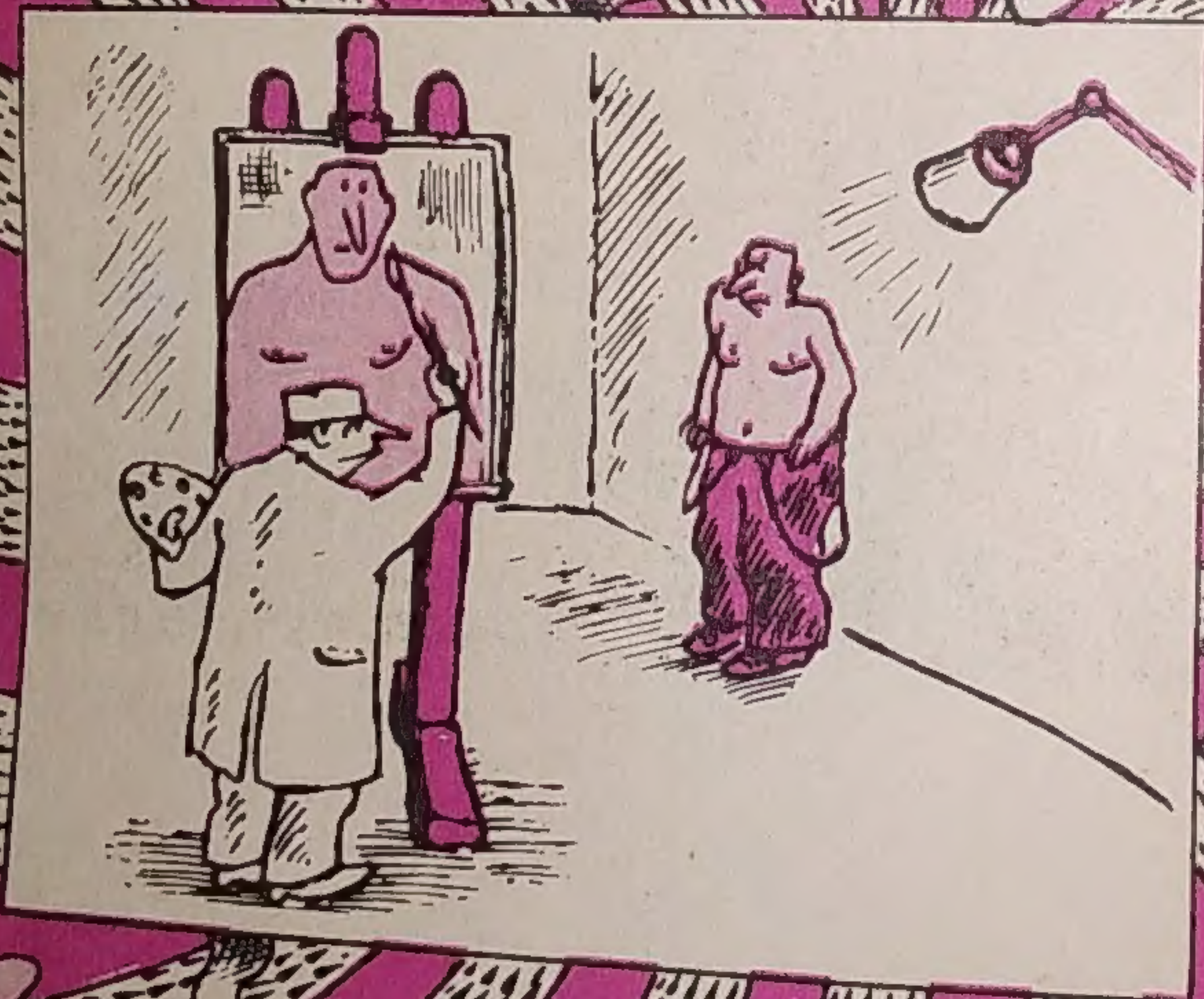
Главный отраслевой редактор
А. Нелюбов
Мл. редактор Л. Щербакова
Худож. редактор П. Храмцов
Техн. редактор Н. Клецкая
Корректор С. Ткаченко

ИБ № 10298

Сдано в набор 24.07.89.
Подписано к печати 24.08.89.
Формат бумаги 70×100¹/₁₆
Бумага кн.-журнальная
Гарнитура литературная
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,80
Усл.кр.-отт. 16,57
Уч.-изд.л. 10,43.
Тираж 3 087 300 экз.
Заказ 1763
Цена 40 коп.
Издательство «Знание». 101835,
ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4.
Индекс заказа 896305

Ордена Трудового
Красного Знамени
Чеховский полиграфический комбинат
Государственного комитета СССР
по печати
142300,
г. Чехов Московской области

Из коллекции
факультета
"Твое здоровье"



61-230

Цена 40 коп.
Подписной индекс 70063



факультет
ТВОЕ ЗАОРОВЬЕ